

TransAltern

Voneinander wissen – voneinander lernen

Ein Transferleitfaden

Mit einem Geleitwort von Dr. Jens Bruder

Geleitwort

Demenzkrank zu sein, bedeutet im Laufe eines jahrelangen Prozesses immer mehr geistige und seelische Fähigkeiten zu verlieren. Immer umfassender sind die Kranken darauf angewiesen, dass wir ihre verloren gegangenen Fähigkeiten einfühlsam, phantasievoll und unermüdlich ergänzen und schließlich ersetzen. Dabei können sie uns immer schlechter mitteilen, wie sie ihr Kranksein und unsere Hilfe erleben. Wir sind auf unsere Vermutungen angewiesen, können unsicher werden, Schuld empfinden oder uns überfordern, weil immer noch mehr Einsatz vorstellbar ist.

Diese wenigen Hinweise mögen die Besonderheit der Betreuung Demenzkranker verdeutlichen. Nahezu alle über 12 000 stationären Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland stehen vor dieser schwierigen Aufgabe. Sie ist allmählich immer bedrängender geworden, weil Demenz zum Hauptgrund für stationäre Weiterversorgung wurde. Die Mehrheit der Pflegeheimbewohner ist heute demenzkrank.

Guter Umgang mit Demenzkranken erfordert veränderte Haltungen und Einstellungen, die Fähigkeit, denkend innezuhalten, aber auch Mut zu neuen Gedankengängen und zum Ausprobieren; er benötigt präzise Beobachtung und stetigen Austausch unter den Beteiligten und nicht zuletzt viel Wissen. Ganz zentral geht es darum, ein so gutes Verständnis der Kranken, ihres Lebensweges und ihrer früheren Persönlichkeit zu gewinnen, dass in ihrem Sinn entschieden werden kann, wo sie selbst nicht mehr entscheiden können. Ebenso wichtig ist es, gemeinsam - jedenfalls vorübergehend - ratlos sein zu können angesichts der manchmal überwältigenden Vielfalt oder Einzigartigkeit verwirrten Verhaltens. Dann wächst Verständnis oft leichter als bei zu rascher Zuflucht zu praktischen Empfehlungen. Insgesamt handelt es sich um das Wachsen



einer veränderten, umfassenderen Betreuungsqualität und um eine veränderte Identität der Betreuenden. Viele fühlen sich dann bereichert.

Einzelne Heime sind auf diesem Weg weit vorangekommen. Oft stellte sich in der Fachwelt die Frage, wie andere Einrichtungen davon profitieren könnten, und zwar jenseits von Besichtigungen oder Berichten, durch die ja innere Entwicklungsprozesse kaum in Gang gesetzt werden können. Mit dem Projekt Transaltern und seiner substantiellen personellen Ausstattung wurde dieser wichtige Schritt getan, im Wissen um die vielfältigen Aspekte des Voneinander-Lernens. Dabei muss der Lernende ja immer auch den Mut haben, seinen Kompetenzrückstand einzuräumen, und zwar besonders im Hinblick auf die zum großen Teil weichen Fähigkeiten, die den Umgang mit Demenzkranken ausmachen und die nicht einfach zu erfassen und zu vermitteln sind. Viel Raum musste der Verdeutlichung und Reflexion der verschiedenen psychologischen Phänomene gegeben werden, die Demenz, die Krankheit am Menschsein, bei allen davon Berührten auslösen kann.

Ich wünsche dem Bericht, dass er möglichst vielen in der Dementenarbeit engagierten Menschen Lust auf neue Erfahrungen und vertieftes Verständnis macht. Und darauf, andere daran teilhaben zu lassen.

Dr. Jens Bruder, im Mai 2010



Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	1
1.	Einleitung	9
2.	Die Modelleinrichtung Haus Schwansen	
2.1	Entstehungsgeschichte und Entwicklung	13
2.2	Der Baum als Symbol für eine lebende Organisation	19
2.2.1	WURZELN – Philosophie der Einrichtung	21
2.2.2	STAMM – Konzepte und Strukturen	24
2.2.2.1	Die vier Handlungskonzepte	25
2.2.2.2	Arbeitsgruppen	32
2.2.2.3	Haus-Schwansen-Seminar	35
2.2.2.4	Personalwesen	39
2.2.2.5	Strukturiertes Besprechungswesen	44
2.2.2.6	Qualitätsmanagement	46
2.2.2.7	Ernährung	54
2.2.2.8	Bewohnerbezogene Entscheidungsprozesse	56
2.2.2.9	Rahmenbedingungen	57
2.2.3	KRONE – Die Menschen in Haus Schwansen	89
2.2.3.1	Bewohner/-innen	60
2.2.3.1.1	Angebote, Aktivitäten, Atmosphäre	61
2.2.3.1.2	Angepasste Betreuungsgruppen	75



2.2.3.2	Angehörige	85
2.2.3.2.1	Vertrauensvolle Zusammenarbeit	86
2.2.3.2.2	Veranstaltungsreihen	88
2.2.3.3	Mitarbeiter/-innen	89
2.2.3.3.1	Zufriedene Mitarbeiter/-innen	89
2.2.3.3.2	Engagierte Mitarbeiter/-innen	92
2.2.4	WOLKEN – Innere Haltung und äußere Einflüsse	94
2.2.4.1	Kommunikation	95
2.2.4.2	Gerüche und Düfte	95
2.2.4.3	Feiern und Feste	96
2.2.4.4	Spiritualität	97
2.2.4.5	Atmosphäre	98

3. **Auf dem Weg – Der Transferprozess**

3.1	Projektbeginn	99
3.1.1	Situation in der Büdelsdorfer Seniorenwohnanlage am Park	99
3.1.2	Situation im Alten- und Pflegeheim Haus Gettorf	102
3.2	Konkrete Schritte in den Transfereinrichtungen	105
3.2.1	Büdelsdorfer Seniorenwohnanlage am Park – RuheOase	109
3.2.2	Alten- und Pflegeheim Haus Gettorf – Hallig	111

4. **Meilensteine bei der Umsetzung**

4.1	Bewohner/-innen	112
-----	-----------------	-----



4.2	Mitarbeiter/-innen	117
4.3	Angehörige	118
5.	Stolpersteine bei der Umsetzung	
5.1	Bewohner/-innen	121
5.2	Mitarbeiter/-innen	122
5.3	Angehörige	124
6.	Resümee und Ausblick	125
	Glossar	128
	Literatur	135



Vorwort

Aus dem vom Bundesministerium geförderten Leuchtturmprojekt Demenz TransAltern – Transfer Arbeiten Lernen – gehen mehrere Veröffentlichungen hervor, von denen eine, nämlich dieser Transferleitfaden, eine besondere Bedeutung hat: Er ist von den zentralen Führungspersonen der am Projekt beteiligten Pflegeheime und der Leiterin des Haus-Schwansen-Seminars verfasst worden, von den Menschen also, die die Erfahrungen vor Ort gesammelt und im Rahmen des Projektes vielfach reflektiert haben. Sie möchten Ihnen wertvolle Hinweise für die Versorgungspraxis geben. Im Vorhinein gab es Beratungen, wie diese Erfahrungen am besten darzustellen sind, damit andere daraus Nutzen ziehen können. Haus Schwansen als Einrichtung für an Demenz Erkrankte, von dessen Versorgungsmodell zwei Transferheime – das Alten- und Pflegeheim Haus Gettorf und die Bündelsdorfer Seniorenwohnanlage am Park – lernen und profitieren wollen, wurde dabei vom Institut für Bildung und Wissenschaftliche Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitswesen (IBW) Münster unterstützt. In mehrtägigen moderierten Sitzungen konnte mithilfe eines Mindmaps die weitverzweigte Versorgungspraxis ermittelt und strukturiert werden. Die Beteiligten wählten als Symbol für die Struktur ihrer Organisation einen Baum aus. Mithilfe dieses Baumes konnten die Beteiligten des Hauses Schwansen sowie des Haus-Schwansen-Seminars ihren Anteil veranschaulichen und gedanklich strukturieren. Dadurch haben Sie als Leser/-in ebenfalls eine Struktur vor Augen. Die Mitarbeiter/-innen der beiden Transferheime, haben sich speziell als Vorbereitung auf diesen Transferleitfaden noch einmal schriftlich den Schlüsselfragen des Transfers gestellt, etwa den Fragen, was förderlich und was hinderlich war.

Das IBW Münster wird etwa zeitgleich seine wissenschaftlichen Ergebnisse im Mabuse-Verlag veröffentlichen. Die Mitarbeiter des Instituts möchten allen Beteiligten in den drei Hei-



men an dieser Stelle dafür danken, dass sie uns an ihrem Denken und Handeln teilhaben ließen, dass sie Befragungen und Beobachtungen zugelassen und einen Einblick in ihre Organisationen gewährt haben. Ziel des Projektes TransAltern war, neues Wissen in die Handlungswissenschaft Pflege zu implementieren. Damit dies gelingt, war das IBW Münster als Evaluations- und Forschungsinstitut für die Entdeckung, Bewertung und letztlich für die Verbreitung der Ergebnisse und Erkenntnisse zuständig. Das methodisch geleitete Vorgehen durch das IBW Münster als unabhängiges Institut garantierte dabei größtmögliche Neutralität, Objektivität und Zielgerichtetheit. Jedermann kann die Prozesse der Forschung und Wissensgewinnung einsehen, nachvollziehen und gegebenenfalls durch Veröffentlichungen in Printmedien und auf der Website www.transaltern.de kritisieren.

Die Forscherinnen des IBW Münster haben in dem Leuchtturmprojekt TransAltern zwei Stränge verfolgt: Erstens musste den Fragen nachgegangen werden, was genau das Haus Schwansen auszeichnet, ob und in welcher Art und Weise es aus wissenschaftlicher Sicht beispielhaft für die Versorgung von Menschen mit Demenz verstanden werden kann. Die Vorzüge des Heimes waren durch Vorgespräche und Medienberichte bereits bekannt, aber würden durch eine tiefer gehende Beforschung über die lokale Bedeutung hinausreichende Erkenntnisse für die Fachwelt hervorzubringen sein? Zweitens sollte das Haus Schwansen als Vorbild für zwei andere Heime in der Region dienen, die während der Projektlaufzeit von dem Modellhaus lernen sollten und wollten. Alle drei Häuser gehören zum Trägerverein Brücke Rendsburg-Eckernförde e. V. Ziel war es, sowohl den Prozess des Transfers zu begleiten, als auch zu allgemein verwertbaren sinnreichen Resultaten zu kommen.

Eine der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des IBW Münster hat sich zwei Jahre lang (2008–2009) zu Beobachtungen und Interviews in Haus Schwansen aufgehalten und es erforscht.



Das IBW Münster hat dazu einen Forschungsstil gewählt, der erkundend ist und mit dem möglichst ohne Vorurteile in das Untersuchungsfeld gegangen wird. Die vielen Beobachtungen und Befragungen von Mitarbeitern, Angehörigen und Führungskräften fügten sich allmählich zu einem Bild zusammen. Leitend bei unserer Erforschung war die Annahme gewesen, dass es eine Verbindung von Arbeiten und Lernen in Haus Schwansen gibt, dass also die angeblich gute Arbeitsqualität auch mit einer implementierten Lernkultur in Verbindung steht.

In den zwei Jahren des Projektes konnten wir herausfinden, was das Haus Schwansen als Modellhaus ausmacht: Grundlegend sind vor allem Werte und Prinzipien, nach denen dort gearbeitet wird. Als herausragende Eigenart ist hierbei die Kultur des Vertrauens, der Wertschätzung und der Partizipation zu nennen. Vertrauen ist nicht nur eine menschliche Kategorie, sondern auch eine höchst effektive Strategie, denn wenn Vertrauen herrscht, ist Kontrolle nicht so wichtig. Anders, als das Sprichwort es sagt: „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser“, reduziert Vertrauen die Unübersichtlichkeit der Umwelt und wirkt somit komplexitätsreduzierend.¹ Wo Vertrauen herrscht, kann die Aufmerksamkeit anderen Angelegenheiten zugewendet werden. Auch Wertschätzung hat eine systemunterstützende Funktion, denn Wertschätzung ist an Vertrauen gebunden und umgekehrt. Wertschätzung ist der Partner des Vertrauens. Wenn also Vertrauen und Wertschätzung Haltungen sind, so ist Partizipation die Entsprechung in der Alltagspraxis als Teilhabe und Mitverantwortung an Bestand und Entwicklung des Unternehmens. Vertrauen, Wertschätzung und Partizipation sind die Grundpfeiler der Arbeitskultur und der im Arbeitsleben verankerten Lernkultur in Haus Schwansen.

¹ Vgl. Luhmann, Niklas: Vertrauen. 4. Aufl., Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2000.



Diese in unserem Datenmaterial entdeckten Grundwerte fand das IBW Münster auch in den Ausführungen von Schein² zur „operator culture“ wieder. Als grundlegende Annahmen dieser Unternehmenskultur beschreibt Schein:

- Da Handlungen in jeder Organisation Handlungen von Menschen sind, hängt der Erfolg des Unternehmens entscheidend vom Wissen, der Geschicklichkeit, den Lernfähigkeiten und dem Engagement dieser Menschen ab.
- Das erforderliche Wissen und die Fähigkeiten sind „lokal“ und basieren auf dem Kerngeschäft der Organisation.
- Obwohl die Produktionsprozesse sorgfältig organisiert sind und Regeln und Routinen ausgearbeitet wurden, müssen die Mitarbeiter dennoch die Fähigkeit besitzen, zu lernen und mit Überraschungen umzugehen.
- Die meisten Arbeiten im Unternehmen beinhalten verschiedene gegenseitige Abhängigkeiten der einzelnen Elemente des Prozesses; daher müssen die Mitarbeiter als ein Team zusammenarbeiten, in dem Kommunikation, Offenheit, gegenseitiges Vertrauen und Engagement einen hohen Wert haben.³

Es hat sich in unseren Untersuchungen gezeigt, dass all dies in weiten Teilen in Haus Schwansen gegeben ist, dass dort aber vor allem ein Führungsstil gepflegt wird, der dies begünstigt. Die Führungskräfte in Haus Schwansen zeigen durch

² Schein, Edgar H.: Three Cultures of Management: The Key to Organizational Learning. In: Altman, Yochanan/Bournois, Frank/Boje, David (ed.): Managerial Psychology. Vol. 2, Sage Publications, London 2008, S. 324.

³ Vgl. ebd.



ihre Haltung und ihr Handeln, dass sie sich folgenden

Handlungsmaximen verpflichtet fühlen. Sie

- leben einen partizipativen Führungsstil,
- geben wertschätzende Rückmeldungen,
- sind als Führungskraft Vorbild,
- schaffen Lernsituationen,
- ermöglichen Gestaltungsspielräume für kreatives Arbeiten und
- entwickeln Qualität.

Diese positiven Grundhaltungen stellen sich nicht automatisch ein: Einerseits ist eine hohe Motivation und Identifikation der Mitarbeiter/-innen offensichtlich, andererseits müssen diese aber auch Engagement über das vereinbarte Maß hinaus aufbringen. Dazu sind mancherlei wichtige Interventionen auf das freiwillige Engagement von Helfern oder auf Überstunden der Mitarbeiter/-innen zurückzuführen. Dennoch waren in den zahlreichen und oft über mehrere Stunden andauernden Beobachtungen und Befragungen kaum Klagen zu vernehmen. Offensichtlich wird hier an tief verankerte Bedürfnisse von Menschen angeschlossen: Bedeutung zu haben, Wirksamkeit zu erleben, sich entwickeln zu können. Das deckt sich mit vielen Untersuchungen zur Zufriedenheit von Mitarbeitern in Unternehmen.

Wir vom IBW Münster befürworten, dass das Haus Schwansen Schule macht. Weitere Untersuchungen sollten aber noch die Bewohner/-innen mit einbeziehen. Wie unterscheidet sich ihre Lebensqualität von der anderer Bewohner/-innen, die unter anderen Bedingungen in Heimen leben? Geht es vielleicht nur den Mitarbeitern gut, den Bewohnern aber nicht viel anders als in anderen Heimen? Solche Fragen können wir noch nicht beantworten, denn die Bewohnersicht haben wir nicht ermittelt. Nur im Ansatz und ausschnitthaft konnten wir zum Beispiel einigen wenigen

5



Qualitätsindikatoren⁴ für eine gute Versorgung und Pflege nachgehen: Sondenernährung, Bettlägerigkeit, Untergewichtigkeit und Dekubiti. Der Vergleich mit Referenzbereichen zeigte hier günstige Ergebnisse für die Versorgung in Haus Schwansen an.

In der Abschlussveranstaltung des IBW Münster und der Brücke Rendsburg-Eckernförde e. V. wurde deutlich, dass sich die oben genannten Grundhaltungen Vertrauen, Wertschätzung und Partizipation im Haus Schwansen auch auf den Transfer auf die beiden anderen Heime positiv ausgewirkt haben. So schreibt eine der Führungskräfte von Haus Gettorf auf die Frage, was besonderen Einfluss auf sie gehabt habe:

„Der wertschätzende Umgang (...) man fühlte sich willkommen (...) die intensive Betreuung (...) die Atmosphäre des Hauses Schwansen (...) durch die offene Art/Haltung von Haus Schwansen war es möglich, alles auszuprobieren, Transferaktivitäten anzunehmen und einzubinden.“

⁴ Vgl. Bölicke, Claus: Indikatoren für Pflegequalität. In: Pflege aktuell, 57, 6, 2004., S. 342–345.

Bölicke, Claus/Wittkamp, Nicol: Pflegequalität abbilden. In: Pflege aktuell, 56, 10, 2003, S. 553–554.

Rüsing, Detlef: Herausforderung Ernährung – zwischen Kalorienzufuhr und Lebensqualität. online unter http://medizin.uni-wh.de/fileadmin/user_upload/modules/Fakultaeten/Fakultaet_fuer_Medizin/Pflegewissenschaft/Dialogzentrum_Demenz_DZD/Downloads/Arbeitspapiere/Umgang_und_Ernaehrung.pdf, Stand: 22.02.2010.

Erdmann, Anke: Probleme der Messung. Erklärung und Vorhersage der Versorgungs- und Pflegequalität in Heimen für Demenzkranke. Pflege- und wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Entwicklung eines Forschungsdesigns für das „Demenz-Leuchtturmprojekt TransAltern“, Teilprojekt „Versorgungs- und Pflegequalität in Haus Schwansen“. In: Pflegewissenschaft 10, 2009, S. 526–531.



Eine während des Projektes entstandene besondere Betreuungseinheit für Menschen mit einer ausgeprägten Demenz kommentierte eine Mitarbeiterin wie folgt:

„Die Bewohner in der Wohngruppe waren nach kurzer Zeit entspannt und angekommen. In den ersten Tagen merkte man Veränderungen im Positiven, verbale Kommunikation wurde besser, spontane Äußerungen, lachende Gesichter. Eine Gemeinschaft ist entstanden, Bewohner fragen nach anderen Bewohnern.“

Die beiden Transferheime schätzten ebenfalls die Kombinationen aus theoretischer Unterweisung und praktischer Erprobung durch das dem Haus Schwansen angeschlossene Haus-Schwansen-Seminar. Zugleich meldeten sie aber deutlich zurück, dass die Umsetzung des Neuen Zeit und Raum braucht, dass nicht alle Personen den Schulungen, Praxisbegleitungen und Umsetzungen mit gleich hohem Enthusiasmus folgen. Nicht immer wurden alle gewünschten Neuerungen seitens der Heime direkt umgesetzt. Es gab also auch Abstriche. Vor allem wurde auch deutlich gesagt, dass ein eigener Weg und Stil gefunden werden muss und es keine Eins-zu-eins-Übertragung des Modellheimes Haus Schwansen gibt.

Die unabhängige Begleitung durch das IBW Münster erwies sich, so teilten Projektbeteiligte mit, als „gutes Reflexionsinstrument und -korrektiv“. Diese „Sichtweise von außen, als roter Faden“ habe sich auf den Transfer positiv ausgewirkt. Mittels der regelmäßigen Datenaufnahmen und Rückmeldungen waren immer alle Beteiligten auf dem gleichen Informationsstand. Die regelmäßigen Erhebungen waren so angelegt, dass die einzelnen Perspektiven zueinander in Beziehung gesetzt wurden und somit ein umfassendes Bild zurückgemeldet werden konnte, bei dem sich Übereinstimmungen, aber auch Widersprüche oder Unzufriedenheiten zeigten. Die Neutralität und Objektivität durch die wissenschaftliche Begleitung sollte – gerade durch ihre Unparteilich-



keit – zu einer Atmosphäre von Sachlichkeit und Ruhe beitragen.

Überzeugen Sie sich nun selbst und sehen Sie sich diesen Transferleitfaden prüfend an. Wir laden Sie ein, ihn auf der Website des Projektes www.transaltern.de zu kommentieren. Damit tragen Sie zur Gewinnung und Verbreitung weiteren Wissens bei. Wir wünschen Ihnen aber an erster Stelle, dass der von erfahrenen Praktikern vorgelegte Transferleitfaden Ideen und Anregungen geben möge für Ihre Fachlichkeit und für die Versorgungspraxis in Ihrem Heim.

Dr. Elfriede Brinker-Meyendriesch, Leiterin des IBW Münster
sowie der Evaluation und Forschung



1 Einleitung

Haus Schwansen, geografisch im Norden Deutschlands an der Schlei im schleswig-holsteinischen Rieseby gelegen, gilt seit Jahren in Fachkreisen als ein Zentrum mit bundesweiter Aufmerksamkeit, wenn es um Konzepte zur Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen geht. Auf vielfältige Weise engagiert sich Haus Schwansen schon seit Langem, sein Wissen und seine Erfahrungen durch Konzeptvorstellungen, Schulungen, Hospitationen und vieles mehr an Interessenten weiterzugeben. Eine besonders intensive Kooperation hatte sich in den letzten Jahren mit dem im gleichen Trägerverbund arbeitenden Pflegeheim Büdelsdorfer Seniorenwohnanlage am Park ergeben, einer ehemals in kommunaler Trägerschaft befindlichen Einrichtung der örtlichen Grundversorgung, die sich angesichts des demografischen Wandels vermehrt mit der Versorgung demenzkranker Bewohner auseinandersetzen musste. Sie verstand es bereits, den guten Kontakt zu Haus Schwansen zu nutzen, um von den dortigen Konzepten intensiv zu lernen, als im Dezember 2007 das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit einer Bekanntmachung im Bundesanzeiger Forschungs- und Versorgungseinrichtungen aufforderte, Anträge für Forschungs- und Modellvorhaben zum Leuchtturmprojekt Demenz einzureichen. Die zu fördernden Vorhaben sollten eine Vorbildfunktion für die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung demenzkranker Menschen haben. Sie sollten sich

- der Wirksamkeit von Therapie- und Pflegemaßnahmen unter Alltagsbedingungen,
- der Evaluation von Versorgungsstrukturen,
- der Sicherung evidenzbasierter Versorgung oder
- der Evaluation und dem Ausbau zielgruppenspezifischer Qualifizierung

widmen und zur Verbesserung der Situation der Betroffenen in Heimen und zu Hause beitragen.



Die Brücke Rendsburg-Eckernförde e. V. als (Mit-)Eigentümer der genannten Einrichtungen sah in dieser Ausschreibung die Chance, die vielfältigen Erfahrungen und Methoden von Haus Schwansen bei der Vermittlung seiner Konzepte zu bündeln und den bereits begonnenen Transferprozess zum Pflegeheim in Büdelsdorf noch intensiver zu strukturieren und zu stabilisieren. Die durch die wissenschaftliche Begleitung dieses Prozesses zu gewinnenden Erkenntnisse sollten dabei helfen, vorbildliche Vorgehensweisen im Sinne der Best Practice zu identifizieren, zu kommunizieren und damit auch Dritte bei der Gestaltung künftiger, effizienter Transferprozesse zu unterstützen. Der zu konzipierende Projektantrag würde es erfordern, zum einen die auf dem umfassenden Erfahrungswissen des Hauses Schwansen und seiner Mitarbeiter/-innen basierenden Konzepte und Ergebnisse im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung gründlich zu evaluieren und zum anderen eine weitere Pflegeeinrichtung ohne eine entsprechende Vorgeschichte, gewissermaßen aus dem Stand, in den Transferprozess einzubinden. Das erwies sich für die Beteiligten als Glücksfall, denn so würden mit diesem Projekt nicht nur abstrakte, für Dritte und die Fachöffentlichkeit wichtige Erkenntnisse erwartet, auch die Akteure selbst konnten sich für ihre Einrichtungen und deren Bewohner/-innen unmittelbaren umfassenden Nutzen versprechen. In der Folgezeit gelang es, das Alten- und Pflegeheim Haus Gettorf, eine kommunale Einrichtung im ländlichen Bereich, als weiteren Transferpartner zu gewinnen.

Diese Überlegungen haben die Brücke Rendsburg-Eckernförde e. V. in Zusammenarbeit mit dem IBW in Münster motiviert, sich an der Ausschreibung des BMG zu beteiligen und den Förderantrag unter der Bezeichnung „Transfer Arbeiten Lernen: Leuchtturmprojekt Demenz Haus Schwansen“ im Teilnahmewettbewerb kurzfristig einzureichen. Unter zahlreichen Bewerbungen wurde unser Projekt gemeinsam mit 28 weiteren Vorschlägen von einem Fachgremium des Bundes-



ministeriums zur Förderung ausgewählt und konnte am 1. April 2008 als Projekt TransAltern starten.

Drei Pflegeeinrichtungen unter gemeinsamer Trägerschaft mit unterschiedlichem Wissens- und Erfahrungsstand in der Pflege und Betreuung demenziell erkrankter Menschen sind also am Projekt beteiligt: eine auf die Pflege von Demenzerkrankten spezialisierte Einrichtung und zwei weitere Einrichtungen im Umbau, die beabsichtigten, Wohnbereiche für Menschen mit Demenz zu errichten. Das als Modelleinrichtung fungierende Haus Schwansen hat sich in 15 Jahren ein Praxiswissen für die Versorgung von Menschen mit Demenz angeeignet, das bundesweit Aufmerksamkeit und Anerkennung erfährt. Anfragen von fachlich Interessierten, das Konzept oder Teilkonzepte des Hauses kennenzulernen, sowie eine stetig steigende Inanspruchnahme der Seminare, in denen die Handlungskonzepte unterrichtet werden, ermutigten, diesen Weg weiterzugehen.

Die Modelleinrichtung profitiert in besonderem Maß davon, Gäste im Haus zu haben, die ihrerseits Erfahrungen einbringen und durch Rückmeldungen wertvolle Hinweise geben. Sich „in die Karten schauen“ zu lassen, das Konzept und das Vorgehen zu erklären, zu Fehlern zu stehen, Verbesserungsbereiche zu benennen, kritische Rückmeldungen zu bekommen, all das erfordert Mut und zusätzlichen Zeitaufwand. Aber auch „über den Tellerrand hinauszuschauen“ und von anderen Einrichtungen zu lernen, wo wir selbst noch Entwicklungsbedarf haben – ein Geben und Nehmen, von dem alle Seiten profitieren, ist daraus entstanden. Des Weiteren zeichnet Haus Schwansen ein Klima für Problemlösungen bei den Herausforderungen im Alltag der Pflege von Menschen mit Demenz aus sowie die Bereitschaft, in den Dialog darüber zu treten. Das sind gute Voraussetzungen für den Dialog mit Experten, auch in verschiedenen Fachgremien wie etwa in der Deutschen Expertengruppe Demenz (DED). Darüber hinaus



wird das Konzept der Modelleinrichtung durch Auszeichnungen wie den Hartmann-Pflegepreis national und international sowie den Demenz-Pflegepreis bestätigt.

Der bereits begonnene Prozess des Transfers von Praxiswissen aus der Modelleinrichtung an die Bündelsdorfer Seniorenwohnanlage am Park sowie die Anfrage von Haus Gettorf mit gleichem Bedarf motivierten uns, diesen Prozess zu systematisieren und zu evaluieren. Der vorliegende Transferleitfaden bündelt die Ergebnisse dieses Prozesses und gibt anderen Interessenten Antworten auf folgende Fragen:

- Was ist für eine bewährte und ausgezeichnete Versorgung von Menschen mit Demenz notwendig?
- Wie können Aspekte des Modellhauses in anderen Einrichtungen umgesetzt werden?
- Was muss dabei berücksichtigt werden?



2 Die Modelleinrichtung Haus Schwansen

21 Entstehungsgeschichte und Entwicklung

Die Geschäftsführerin und Heimleiterin der gGmbH Haus Schwansen, Mechthild Lärm, plante 1992 ein Pflegeheim in Rieseby, um einen Lebensraum zu schaffen, in dem Individualität und Selbstverantwortung ermöglicht werden. Gleichzeitig sollte das Umfeld im Hinblick auf den zunehmenden Hilfebedarf der Kranken flexibel gestaltet sein. Schon auf der Baustelle des zu errichtenden Hauses traf sie sich mit Alfred Borgers, der die Leitung des Pflegedienstes in Haus Schwansen übernehmen sollte, und zukünftigen Mitarbeitern der unterschiedlichen Bereiche zu Konzeptgesprächen. So konnten deren Erfahrungen bereits in die Planung miteinbezogen werden.

Im Herbst 1993 eröffnete das Alten- und Pflegeheim Haus Schwansen mit 42 Bewohnern, von denen etwa die Hälfte demenziell erkrankt war. Wenige Monate später, im Januar 1994, nachdem die Heimleiterin und der Pflegedienstleiter an einer einwöchigen Fortbildung zum Thema Integrative Validation (IVA) nach Richard teilgenommen hatten, stand der Entschluss fest, Haus Schwansen als spezielle Einrichtung für Demenzkranke zu etablieren. Beide waren davon überzeugt, mit diesem Handlungskonzept gut für zukünftige Aufgaben vorbereitet zu sein, und um das Konzept weiterzuentwickeln, arbeiteten sie in der IVA Bundesarbeitsgruppe mit.

Im Sommer 1994 entstand schließlich die erste Betreuungsgruppe mit acht Bewohnern mit herausforderndem Verhalten, denn immer wieder gab es Konflikte zwischen orientierten Bewohnern und Demenzkranken, deren Verhalten nicht den üblichen Normen entsprach: Durch Unruhe, Rastlosigkeit, vokale Störungen und Aggressivität fühlten sich orientierte Bewohner/-innen und die sich in der Anfangsphase der De-



menz befindenden häufig gestört. Die Trennung der beiden Gruppen trug zur Deeskalation bei. Viele Anfragen, insbesondere zu schwierigen Verhaltensweisen, führten dazu, dass seit Oktober 1998 weiter differenziert wurde: Ein Anbau mit zwei Betreuungsgruppen für Menschen mit einer Demenzerkrankung mit insgesamt 19 Bewohnerinnen und Bewohnern entstand.

In den 90er-Jahren waren die Erkenntnisse hinsichtlich einer speziellen Dementenbetreuung noch gering, als Dr. Jens Bruder und Dr. Jan Wojnar von den Landesbetrieben Pflege und Wohnen in Hamburg auf die Idee kamen, Experten, die in der Praxis mit Menschen mit Demenz arbeiten, zusammenzuführen und dieses Wissen zu bündeln. 1995 fand in Hamburg eine erste Arbeitstagung statt, auf der Konzepte der Dementenbetreuung vorgestellt wurden. Seither erfolgen diese Tagungen regelmäßig und anlässlich des fünften Treffens 1997 wurde der Verein Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung (DED) gegründet. Haus Schwansen gehörte zu den Gründungsmitgliedern, die Heimleiterin Mechthild Lärm, war 13 Jahre lang Vorsitzende dieser Expertengruppe, die sich folgende Ziele gesetzt hat:

„Die Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung ist ein Zusammenschluss von Menschen, die in der Betreuung und Versorgung Demenzkranker engagiert sind und zu deren Verbesserung beitragen wollen. Er bezweckt insbesondere die

- Erarbeitung neuen Wissens über die Betreuung und Versorgung Demenzkranker
- Interessensvertretung Demenzkranker, auch in Kooperation mit Organisationen und Verbänden, die ähnliche Ziele verfolgen,
- Interessensvertretung von Institutionen und Diensten der Dementenversorgung



- Verbesserung des Verständnisses für demenzbedingte Störungen, insbesondere für Verhaltensauffälligkeiten
- Entwicklung von Qualitätskriterien für die Betreuung und Versorgung Demenzkranker
- Bereitstellung angemessener personeller und materieller Ressourcen für eine gute Betreuung und Versorgung Demenzkranker durch die Gesellschaft
- Entwicklung von Instrumentarien zur Beschreibung von Störungen und zur Evaluation helfender Maßnahmen
- Unterstützung von Forschung, insbesondere im Bereich der Versorgung Demenzkranker⁵

Noch immer treffen sich die Mitglieder zweimal im Jahr deutschlandweit zu einer zweitägigen Veranstaltung, um Erfahrungen zum Themenkreis Demenz zusammenzutragen. Dazu werden auch Referenten eingeladen, die neue Impulse einbringen. So ist die DED für Haus Schwansen ein unverzichtbarer Kooperationspartner geworden,

In den ersten Jahren wurde Haus Schwansen vom Landesseminar für Krankenpflege in Kiel im Rahmen einer Organisationsentwicklung nach dem Modell der Dynamischen Unternehmensentwicklung⁶ begleitet. Dieses von Bernard Lievegoed entwickelte Konzept für soziale Systeme ist angelehnt an Wachstums-, Reife- und Entwicklungsprozesse der Natur. Organisation wird nicht bloß als rationales Konstrukt oder willkürlich machbare Fakten verstanden, sondern als ein

⁵ § 2 der Vereinssatzung in der Fassung vom 30. März 1998.

⁶ Glasl, Friedrich/Lievegoed, Bernard C. J.: Dynamische Unternehmensentwicklung. Wie Pionierbetriebe und Bürokratien zu Schlanken Unternehmen werden. 2. Aufl., Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart 1993.



Ergebnis komplizierten Zusammenwirkens von Umwelt und

Innenweltfaktoren beziehungsweise als Produkt bewussten menschlichen Handelns und unbewusster sowie ungewollter Auswirkungen menschlichen Denkens, Fühlens und Wollens.

Die Führungskräfte in Haus Schwansen vertraten die Auffassung, dass alle Mitarbeiter/-innen mit ihren unterschiedlichen Qualifikationen und Fähigkeiten vielfältige Möglichkeiten haben, um sich einzubringen und Arbeitsprozesse mitzugestalten. Die Talente des Einzelnen, gleich welcher Qualifikation, wurden wahrgenommen und gefördert, jeder wurde gehört und gewürdigt. Auf diese Weise entstand früh ein Wir-Gefühl. Durch einen partizipativen Führungsstil wurden alle in die Verantwortung miteinbezogen und waren hoch motiviert, ganz im Sinne von Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese⁷, wonach das Kohärenzgefühl als zentraler Faktor gesehen wird. Es setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

- Verstehbarkeit
- Gefühl von Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit
- Handhabbarkeit

Diese Haltung, die den Menschen, die in Haus Schwansen ihren Arbeitsplatz fanden, entgegengebracht wurde, bewirkte, dass die Mitarbeiter/-innen Stresssituationen besser bewältigen konnten, die Arbeitszufriedenheit gesteigert wurde und sie gleichzeitig bei den ihnen anvertrauten Kranken und Alten ebenfalls eher die Fähigkeiten statt die Probleme wahrnahmen.

Seit Januar 2007 befindet sich die Einrichtung unter dem Dach der Brücke Rendsburg-Eckernförde e. V., einem Unternehmen mit zirka 800 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die vor 25 Jahren auf dem Gebiet der gemeindenahen Psychiatrie ebenfalls Pionierarbeit in der Region begonnen haben. Auch

⁷ Vgl. Antonovsky, Aaron: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVT-Verlag, Tübingen 1997.



dabei war von Anfang an der Fokus auf Ressourcen ausgerichtet statt auf Probleme. In der Entwicklung von Haus Schwansen war es an der Zeit, sich einen starken Partner zu suchen, um die fachlichen und organisatorischen Herausforderungen auch zukünftig bewältigen zu können und um weitere Visionen zu entwickeln. Nach dem organistischen Entwicklungskonzept nach Lievegoed befand sich Haus Schwansen zum damaligen Zeitpunkt in der Assoziationsphase, die durch die Aufgabe gekennzeichnet ist, spontan Verbindung mit dem Umfeld aufzunehmen. Nicht mehr die Dominanz des Unternehmens stehe im Vordergrund, wenn es darum geht, die gegenseitige Abhängigkeit konstruktiv zu nutzen.⁸

Haus Schwansen hatte von Anfang an ein sehr differenziertes Besprechungswesen, in dem es Raum für kreative Lösungen gab und das unter dem Motto stand: Erarbeitet ein Konzept und probiert es aus! So konnten wir eine Haltung etablieren, die auf Erfahrung setzt und Versuch und Irrtum nicht ausschließt, in der jede Meinung, egal ob vom Schüler, der Pflegefachkraft oder der Reinigungsfrau, zählt. Fehler galten als eine Möglichkeit der Weiterentwicklung und dadurch entstand von Anfang an eine Verbindung zwischen Arbeiten und Lernen. Sehr schnell war deutlich, dass es bei diesen Zusammenkünften immer auch um die eigene Weiterentwicklung ging. Die Wahrnehmung, die Belange anderer Menschen zu spüren, wurde geschult. Durch die Wertschätzung der unterschiedlichsten Erfahrungen entstand Kreativität und gegenseitiges Vertrauen. Vorschläge wurden nicht abgewertet, sondern ausprobiert, ein mühsamer Prozess, der jedoch dazu

⁸ F.Glas/B. Lievegoed „Dynamische Unternehmensentwicklung“ Wie Pionierbetriebe und Bürokratien zu schlanken Unternehmen werden“ 2. Auflage, Verlag Freies Geistesleben Stuttgart, Seite 99-104 „Das schlanke Unternehmen: die Entwicklung zur Assoziationsphase“ Friedrich Glasl



fürte, dass die Mitarbeiter sich angenommen und mitgenommen fühlten.

Beispiel: Nach dem Anbau mit weiteren 19 Betten und entsprechenden Bewohnern, mit neuen Mitarbeitern und anderen Strukturen waren viele verunsichert, ob das Heimkonzept weiterhin so umgesetzt werden konnte wie bisher. Eine Arbeitsgruppe Organisationsentwicklung überlegte, wie Mitarbeiter/-innen es genau überprüfen könnten. Jede/-r erhielt das Konzept als Kopie mit der Aufforderung, es noch einmal genau zu lesen und die von der Arbeitsgruppe gestellten Fragen zu beantworten. Daraus wuchs eine große Bereitschaft, mitzuarbeiten, sich als Gemeinschaft zu erleben, Verantwortung für das Unternehmen zu tragen, und es entwickelte sich eine Vielzahl von Vernetzungen der einzelnen Abteilungen.

Heute ist Haus Schwansen eine anerkannte, auf die Pflege Demenzerkrankter spezialisierte Einrichtung, in der 61 Menschen leben, die je nach Ausprägung der Demenz in vier unterschiedlichen Betreuungsgruppen zusammengeführt werden. Der Erfahrungsaustausch mit anderen Einrichtungen „über den Tellerrand hinaus“ ist wichtiger Baustein für die Weiterentwicklung und für das Modellhaus existenziell. Nicht nur im Rahmen der DED, sondern auch vor Ort mit unserer Partnereinrichtung, der Seniorenwohnanlage am Park in Büdelsdorf, haben wir schon vor Beginn des Leuchtturmprojektes Praxiswissen ausgetauscht. So gelingt es immer wieder, Hintergründe zu erklären, Gegebenheiten zu hinterfragen, neue Impulse zu erhalten, Veränderungen einzubeziehen, Prozesse zu beschreiben, Sichtweisen zu diskutieren, Ressourcen, aber auch Rahmenbedingungen wahrzunehmen.



Fazit

- *Durch einen Führungsstil, in dem die Verantwortung auf viele Schultern verteilt ist, Talente auch über die offiziellen Qualifikationen hinaus gelten, entsteht das Gefühl, die Prozesse mitsteuern zu können, wertvoll als Gruppenmitglied zu sein, etwas Sinnvolles zu tun.*
- *Viele Menschen haben viele Ideen, so können wir die Ressourcen der Mitarbeiter/-innen nutzen. „Im Team bilden sich Ideen aus der Überlagerung von Assoziationsnetzen verschiedener Gehirne, Ideen, auf die ein Einzelner nie kommen, Projekte, die einer allein nicht durchführen würde““. (Frederic Vester „Denken, Lernen, Vergessen“ dtv Stuttgart Seite 112)*
- *In zahlreichen Besprechungen wird immer wieder gemeinsam die Richtung bestimmt. Es ist ein gravierender Unterschied, ob jemand ein Formular vorgelegt bekommt oder ob er in die Denkprozesse miteinbezogen ist. Letzteres wirkt nachhaltiger, da sich die Mitarbeiter/-innen eher mit den Inhalten verbinden.*
- *Da bisher auf wenige Forschungsergebnisse zur Therapie und zur Versorgung von Menschen mit Demenz zurückgegriffen werden kann, erweitern Kooperationspartner wie die DED unser Wissen durch Gespräche und Informationen erheblich.*

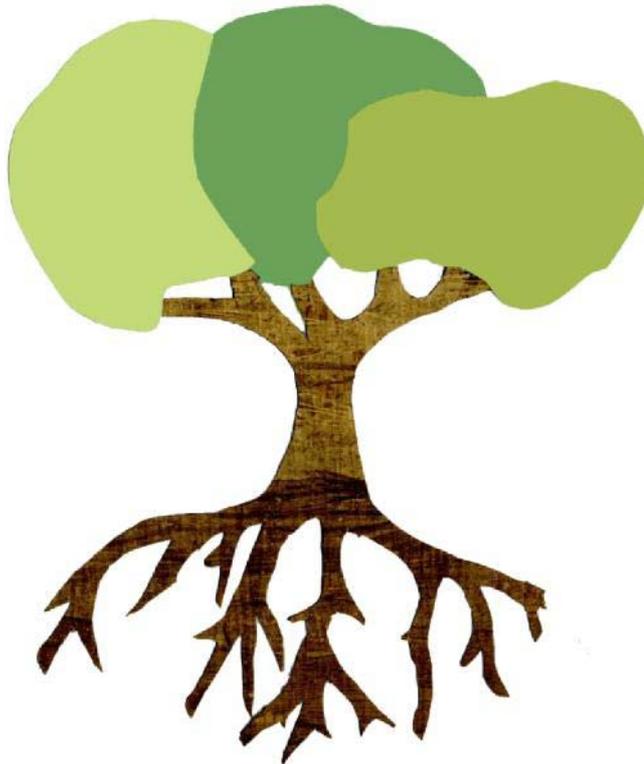
2.2 Der Baum als Symbol für eine lebende Organisation

Mitarbeiter/-innen des IBW Münster unter der Leitung von Dr. päd. Elfriede Brinker-Meyendriesch, Leiterin der wissenschaftlichen Evaluation, unterstützten uns im Rahmen des Leuchtturmprojektes Demenz darin, uns in einer Voruntersuchung mithilfe eines Mindmaps, die organisatorischen und inhaltlichen Strukturen von Haus Schwansen zu vergegenwärtigen. Dieses Vorgehen war besonders sinnvoll, da das komplexe Gefüge der Einrichtung keine hierarchische Organisation



abbildet, deren Prozesse von oben nach unten ablaufen, sondern eine, die in vielfältiger Weise verästelt ist, und deren Strukturen wiederum ganz bestimmte Bedeutungen haben. So konnten wir zwischen verschiedenen Gedankengängen hin- und herspringen, ohne den Faden zu verlieren oder etwas zu vergessen. Diese erste Arbeit war anstrengend, hat aber auch viel Spaß gemacht, da uns bewusst wurde, dass sich die Funktionsbereiche mit den unterschiedlichsten Mitarbeitern in einem Netzwerk befinden, in dem sie sehr differenziert aufeinander abgestimmt sind, und wie sie darin miteinander arbeiten.

Als grafische Darstellung wählten wir im weiteren Verlauf einen Baum als Symbol für eine lebende Organisation, deren



Funktionsbereiche sich in ständigem Austausch befinden: von der Wurzel über den Stamm, die Äste, die Blätter und zurück, ein zutreffendes Bild, das die Entwicklung des Hauses Schwansen darstellt. Wie in der Natur der Baum wird auch Haus Schwansen genährt durch die Wurzeln, Synonym für unsere Philosophie, basierend auf unter anderem Wertschätzung, Würde, Selbstverwirklichung. Angereichert durch Bildung und Professionalität nährt der Stamm die Krone: die betreuten Menschen und deren Angehörige. Durch die Umgebung – Kommunikation, Atmosphäre, Spiritualität und so weiter – entwickelt sich Kraft, die zurückfließt, vergleichbar mit den Blättern des Baumes, in denen sich Chlorophyll bildet, das die Pflanze am Leben erhält. Wurzeln und Stamm können ohne Krone nicht überleben, doch die Krone auch nicht ohne Wurzeln und Stamm. Es ist ein ständiger Austausch, der aufmerksam betrachtet werden muss. Manchmal brechen verdorrte Äste ab, neue Zweige bilden sich.

221 WURZELN – Philosophie der Einrichtung

Die Philosophie der Einrichtung fordert, dass für jeden Bewohner, unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit oder vom Stadium der Demenz, ein an den persönlichen Bedürfnissen orientiertes, möglichst hohes Wohlbefinden erreicht werden soll. Grundlage des Konzeptes ist die Maslow'sche Bedürfnispyramide. Diese Motivationstheorie, die das menschliche Handeln aus aufeinander aufbauenden, hierarchischen Bedürfnissen heraus erklärt, geht von einem ganzheitlichen positiven Menschenbild aus. Aus den dort beschriebenen Bedürfnissen wurden neben den physischen sechs weitere ausgewählt, die nach Auffassung des Teams bei pflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen besonders berücksichtigt werden müssen: Rechtssicherheit, Privatheit, Unabhängigkeit, Wahlfreiheit, Würde, Selbstverwirklichung.



Der pflegerische Ansatz geht davon aus, dass das Verhalten des an Demenz Erkrankten seinen Möglichkeiten entspricht, er kann sich nicht anders verhalten. Der Verlauf der Demenz ist gekennzeichnet durch vielfältige Verluste, diese Erfahrung macht dem Betroffenen vor allem Angst. Das wird erkannt und entsprechend reagiert:

- Alle Mitarbeiter begegnen dem Kranken mit hoher Akzeptanz.
- Die Umwelt wird so gestaltet, dass der Mensch mit Demenz sich so sicher und angstfrei wie möglich fühlen kann.
- Pflege und Betreuung erfolgen in überschaubaren Betreuungsgruppen.
- Die Tagesstrukturierung mit viel Zeit für alle Verrichtungen verhindert Überforderung und zusätzliche Verwirrung.
- Voraussetzung für die Aufnahme im Haus Schwansen ist die Diagnose Demenz.

Wenn die Milieugestaltung und die professionelle Pflege nicht mehr ausreichen, das Wohlbefinden zu fördern, ist eine fachärztliche Begleitung mit entsprechender medikamentöser Unterstützung ein wichtiger Bestandteil der Betreuung.

Abteilungsübergreifend wurde immer wieder über die Heimphilosophie diskutiert, um zu verdeutlichen, was diese Bedürfnisse für den betreuten Menschen bedeuten. Wie unterschiedlich kann die Unabhängigkeit in ihrer Ausprägung für jeden Einzelnen sein, wenn zum Beispiel die Nahrungsaufnahme als Ausdrucksform der Autonomie selbstbestimmt abgelehnt wird? Wie muss dann der Alltag gestaltet werden, um das zu berücksichtigen? Unter Abwägung der Risiken dieser Verhaltensweise mit dem Betreuer/der Betreuerin beziehungsweise Angehörigen und dem Arzt kann dieses Verhalten akzeptiert werden, auch wenn die Gefahr einer Mangelernährung besteht, hier geht es um eine ethische Entscheidung.



Zu den Bedürfnissen Rechtssicherheit, Privatheit, Unabhängigkeit, Wahlfreiheit, Würde, Selbstverwirklichung wurden für jede Abteilung – Küche, Reinigung, Wäscherei, Gestaltung und Pflege – Beschreibungen formuliert, sodass alle Mitarbeiter/-innen eine Vorstellung davon bekamen, was die Berücksichtigung dieser Bedürfnisse in der Praxis bedeutete. So heißt es etwa zum Thema „Unabhängigkeit: ohne Rechtfertigungszwang gegenüber irgendeiner anderen Person zu denken und zu handeln, einschließlich des Rechts, ein abgewogenes Risiko einzugehen“

- für die Mitarbeiter/-innen der Wäscherei: „Die persönlichen Vorstellungen von der Sauberkeit und Beschaffenheit seiner Wäsche werden respektiert. Soweit die Wäsche von Mitarbeitern der Wäscherei in die Schränke der Bewohner einsortiert wird, werden seine Ordnungsvorstellungen respektiert“;
- für die Mitarbeiter/-innen der Küche: „Die Entscheidungen des Bewohners bezüglich der Einhaltung etwaiger Diätvorschriften werden akzeptiert! Das Umfeld des Essens wird so gestaltet, dass der Bewohner so viel wie möglich tun kann.“

„Die alten Menschen sollen sich in der Einrichtung wie zu Hause fühlen.“ Diese Aussage der Heimleiterin begleitete die Konzeptentwicklung, wurde immer wieder hinterfragt und es wurde um entsprechende Bedingungen gerungen. Wie ist es zu Hause? Es gibt eigene Vorstellungen von Ordnung und Sauberkeit, also wird im Heimkonzept formuliert: „Die persönlichen Vorstellungen des Bewohners von Ordnung und Sauberkeit werden respektiert.“ Wenn sich die Person allerdings selbst oder andere gefährdet, wird behutsam interveniert, zum Beispiel wenn Utensilien auf dem Boden liegen und der Bewohner sturzgefährdet ist.



Toleranz und Akzeptanz der verschiedenen Fachabteilungen untereinander waren erforderlich. So mussten etwa neue Mitarbeiter/-innen in der Pflege jeweils einen Tag in der Küche und in der Wäscherei verbringen, um das ^{Asiat} Abendessen und die Abfälle zu bereinigen.

Auf diese Weise wurde eine gute Grundlage für die Zusammenarbeit geschaffen, die von gegenseitigem Verständnis und Wertschätzung geprägt ist.

Fazit

- *Eine neurologische Diagnostik ist bei Verdacht auf Demenz notwendig, da auch andere Krankheiten, Medikamentenüberdosierungen, mangelnde Flüssigkeitsaufnahme zu Verwirrheitszuständen führen können.*
- *Eine neurologische Begleitung durch einen Neurologen und Psychiater ist sinnvoll, da die verschiedenen Formen der Demenz sehr spezielle Kenntnisse erfordern.*
- *Um eine abteilungsübergreifende wertschätzende Zusammenarbeit zu erreichen, ist es hilfreich, dass die Mitarbeiter/-innen die Bereiche, mit denen sie zusammenarbeiten, nicht nur besichtigen, sondern dass sie selbst einmal dort mit arbeiten.*

2.2.2 STAMM – Konzepte und Strukturen

Der Stamm ist das tragende Element des Baumes. Er verbindet Krone und Wurzeln, symbolisiert Stärke und Zusammenhalt. Was der Stamm für den Baum ist, sind die Strukturen und Konzepte für die Modelleinrichtung Haus Schwansen.



2.2.2.1 Die vier Handlungskonzepte

Um fach- und sachgerecht arbeiten zu können, benötigen die Mitarbeiter/-innen sowohl Handwerkszeuge als auch eine bewohnerorientierte Haltung.

Integrative Validation nach Richard

Anfang 1994 kam es zum Kontakt mit Nicole Richard, der Gründerin der Integrativen Validation (IVA), eines wertschätzenden Umgangs mit Menschen mit Demenz.

Bei der Integrativen Validation (IVA) nach Richard handelt es sich um eine Weiterentwicklung der Validation nach Feil, die in den 60er Jahren in den USA entwickelt wurde. IVA ist eine behutsame Umgehensweise mit demenzkranken älteren Menschen. IVA geht davon aus, dass die Grundlage des Kontaktes zu diesen Menschen darin besteht, ein vertrauensvolles Klima zu schaffen. Die betroffenen Älteren veräußern ihre Gefühlsbefindlichkeiten direkt und spürbar. Das Verhalten sogenannter Verwirrter – auch unseres – wird geleitet von Antrieben, die auf früh erlernte Tugenden zurückgreifen (z. B.: Pünktlichkeit, Pflichtbewusstsein). Wenn wir es erlernen, diese Gefühle und Antriebe wahrzunehmen, sie wertzuschätzen, gewinnen wir das Vertrauen des kranken älteren Menschen. Gefühle und Antriebe zu validieren, heißt, diese wertzuschätzen, anzunehmen, zu akzeptieren.⁹

Diese Haltung passte wie maßgeschneidert zu den Wertvorstellungen des Hauses. Die Überlegungen, die validierende Arbeitsweise im Haus einzuführen, führten zu der Überzeugung, dass alle Mitarbeiter/-innen, die Kontakt zu verwirrten Bewohnern und Bewohnerinnen hatten, eine professionelle Einführung in die Integrative Validation brauchten. Dazu gehörten neben dem Pflegepersonal auch das gesamte Küchen-

⁹ Aus einem nicht veröffentlichten Kurz-Skript von Nicole Richard (1996) zur Weitergabe an die Teilnehmer der Haus-Schwansen-Konzeptvorstellungen.



und Hauswirtschaftspersonal sowie die Beschäftigungstherapeutin. Heimleiterin Mechthild Lärm und Pflegedienstleiter Alfred Borgers trafen sich regelmäßig in der Bundesarbeitsgruppe zur Weiterentwicklung des IVA-Konzeptes. So waren sie den Mitarbeitern Vorbild und konnten Hilfestellung anbieten.

Basale Stimulation® in der Pflege

Da durch die Einführung der Pflegeversicherung viele Menschen mit Demenz in den ersten Stadien der Erkrankung durch die Hilfe der ambulanten Dienste noch zu Hause bleiben konnten, veränderte sich die Bewohnerstruktur. Bewohner/-innen befanden sich nun schon in einem weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium, wenn sie ins Haus Schwansen kamen. Die Mitarbeiter/-innen benötigten deshalb ein weiteres Handwerkszeug in der Pflege: die Basale Stimulation® in der Pflege. Hierbei handelt es sich um ein Konzept für Menschen, die zum Beispiel ihre Bedürfnisse nicht verbal mitteilen können, die durch mangelnde Eigenbewegung ihren Körper nicht wahrnehmen, die auf andere Menschen angewiesen sind. Die Basale Stimulation® in der Pflege wurde ab 1999 eingeführt.



Prof. Dr. Andreas Fröhlich entwickelte dieses Konzept zunächst für mehrfach schwerstbehinderte Kinder und später



gemeinsam mit Christel Bienstein für die Kranken- und Altenpflege.

„Basale Stimulation ist keine Methode, ist keine Technik. Basale Stimulation versteht sich als ein Konzept, das heißt, eine gedankliche Annäherung an die Probleme und Schwierigkeiten sehr schwer beeinträchtigter Menschen. Konzept meint, dass es sich nicht um eine fertig formulierte und endgültig festgelegte Therapie bzw. Pädagogik handelt, sondern um einige essentielle Grundgedanken, die immer wieder neu bedacht und angepasst werden können und müssen. Im Zentrum steht der Mensch in seiner physischen Realität, die uns auch dann einen persönlichen Zugang eröffnet, wenn scheinbar alle kommunikativen und geistigen Beziehungen verhindert sind.“¹¹

Alltägliche pflegerische Handlungen wie Körperpflege und Mobilisation werden zu therapeutischen Möglichkeiten für den pflegebedürftigen Menschen, sich in seiner Umwelt zu orientieren, Kontakt aufzunehmen, selbst mitzubestimmen und aktiv zu werden.

Kinaesthetics

Ein weiteres Handwerkszeug für den Umgang mit den zu betreuenden Menschen wurde mit der Kinaesthetics eingeführt. Kinaesthetics in der Pflege ist eine Bewegungslehre. Sie analysiert, beschreibt und vermittelt Aspekte der Bewegung als grundlegende Voraussetzung für jede menschliche Funktion. Alle Pflegemitarbeiter/-innen wurden laufend darin fortgebildet. Wieder ging es darum, ihre Wahrnehmung zu schulen, dieses Mal in Bezug auf Bewegung. So erwarben sie immer neue Kompetenzen, die ihnen die Arbeit erleichterten.

¹¹ Fröhlich, Andreas: Basale Stimulation. Das Konzept. Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1998, S. 10.



Der Begriff Kinaesthetics kann mit „Kunst/Wissenschaft der Bewegungswahrnehmung“ übersetzt werden. Kinaesthetics beschäftigt sich hauptsächlich mit (...) [der] Fähigkeit, die eigene Bewegung im Kontakt mit anderen Menschen so einzusetzen, dass diese in ihrer eigenen Bewegungskompetenz bzw. in ihrer Selbstwirksamkeit gezielt unterstützt werden.

Die Wirkung: Bewegung ist eine Grundlage des Lebens. Die Sensibilisierung der Bewegungswahrnehmung und die Entwicklung der Bewegungskompetenz können bei Menschen jeden Alters einen nachhaltigen Beitrag zur Gesundheits-, Entwicklungs- und Lernförderung leisten. Kinaesthetics kann helfen, neue Bewegungsmöglichkeiten zu entdecken und arbeitsbedingte Rückenschmerzen, Verspannungen oder andere körperliche Beschwerden anzugehen, im Alter beweglich und selbständig zu bleiben, oder auch sich mit der eigenen Kreativität und Flexibilität (z. B. im Umgang mit Stress) auseinanderzusetzen.¹²

Musiktherapie und musikalische Begleitung

Um zu den Menschen, die die Sprache nicht mehr ausreichend als Kommunikationsmittel gebrauchen können, einen Zugang zu finden, ist Musik ein hilfreiches Mittel, da besonders bei der Demenzerkrankung die emotionalen Zentren in den tieferen Schichten des Gehirns wenig von den Abbauprozessen der Erkrankung betroffen sind. Im Haus Schwansen steht eine Musiktherapeutin wöchentlich für sechs Stunden zur Verfügung, um in den Betreuungsgruppen Musiktherapie anzubieten und die Mitarbeiter/-innen zu beraten. Die Kosten werden zu einem Drittel aus dem Pflegesatz und zu zwei Dritteln aus Spenden des Förderverein Haus Schwansen e.V. gezahlt. Darüber hinaus bietet die Musiktherapeutin Einzelthe-

¹² Was ist Kinaesthetics? In: Infoblatt 1, online unter http://www.kinaesthetics.de/download/EKA/Infoblaetter/deutsch/Infoblatt_1
Was_ist_Kinaesthetics.pdf, Stand: 11.02.2010..



rapien an, die von den Bewohnern selbst entgolten werden. Einmal jährlich findet eine Fortbildung der Mitarbeitergruppe statt, etwa zu Klang und Improvisation.

Im Jahr 2000 erhielt der Verein Musiktherapie Rendsburg und Umgebung e. V. als Träger des Musiktherapie Instituts Rendsburg (MIR) eine Förderung vom Land Schleswig-Holstein. Gefördert wurde das Modellprojekt „Abschiedsmusik – Musiktherapie mit Dementen und Menschen in der letzten Lebensphase“. An dem vom MIR durchgeführten Projekt nahmen das Hospiz Pflege Lebensnah und Haus Schwansen teil. Es richtete sich speziell an demenziell Erkrankte in ihrer letzten Lebensphase beziehungsweise im Sterbeprozess. Förderschwerpunkt war die Entwicklung besonderer Hilfen und Versorgungsmaßnahmen. Es sollten

- neue Betreuungsformen entwickelt,
- die kommunikative und die Handlungskompetenz des Pflegepersonals entwickelt und erweitert sowie
- die Bedeutung von Musiktherapie im Sinne fachwissenschaftlicher Erkenntnisse evaluiert werden.

Weitere Ziele des Projektes waren unter anderem:

- die Menschen zu erreichen, die sich in der Einrichtung selbst isolieren und mehr oder weniger verstummt sind, und
- das Sterben im Pflegeheim oder im Hospiz zu erleichtern.

Hierzu wurden zehn ausgewählte Pflegekräfte aus Haus Schwansen sowie Kolleginnen und Kollegen des Rendsburger Hospizes Pflege Lebensnah drei Jahre lang musiktherapeutisch im Rahmen des Projektes geschult. Die Evaluation erfolgte in Form von Dokumentationen und mehreren Befragungen der Mitarbeiter/-innen.)

Dr. rer.soc. Gerhard Schüler (Wissenschaftl. Institut der Ärzte Deutschlands, Bonn) sagt dazu auf der Abschlußtagung am



24.04.03 in Rendsburg: „Aus den Antworten der Befragung der Mitarbeiter lässt sich schließen, dass die Musik in den Einrichtungen gleichermaßen auf die Bewohner und die Mitarbeiter wirkt und in gegenseitiger Rückkopplung eine Spirale der Qualitätsverbesserung in Gang setzt.“¹³

In die Tagesstruktur wurden rituell nach dem Frühstück und vor dem Mittagessen spezielle Lieder als Impulsgeber eingebaut, denn Musik erreicht als Sprache des Gefühls die Menschen auch dann noch, wenn die gesprochene Sprache als Kommunikationsmittel nicht mehr genutzt werden kann. Besonders die Musikalisierung des Pflegealltags wirkt sich positiv nicht nur auf die Bewohner, sondern auch auf das Betreuungs- und Arbeitsklima aus: Die Pflegekräfte verlieren ihre Scheu, zu singen und zu musizieren, die Bewohner werden offener für ihre Umwelt, fröhlicher, selbstbewusster und weniger ängstlich.



¹³ Quelle: Abschlußbericht des Musiktherapie Instituts Rendsburg „Dokumentation Projekt Abschiedsmusik“
Tagung am 24.04.03 in Rendsburg
„Musiktherapie zur Qualitätsverbesserung in der Pflege im Alltag“
Modellprojekt Abschiedsmusik des Bundesministeriums für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend
Altenhilfestrukturen der Zukunft

Menschen in der letzten Lebensphase, die sich selbst nur über

30
31



Laute, Gestik sowie Mimik äußern und sich nicht mehr fortbewegen können, werden tagsüber in einer gesonderten Betreuungsguppe zusammengeführt, der Insel (s. S. 59). Hier kann die dezente musikalische Begleitung mit Instrumenten wie der Leier, das Miteinander-Atmen und das Summen, das Singen von Lieblingsliedern, die vorsichtige Anwendung von Klangschalen oder auch das gemeinsame Hören von Musik das Gefühl der Einsamkeit und der Verlassenheit verringern. Eine musiktherapeutisch fundierte Sterbebegleitung für Menschen mit Demenz scheint uns angemessen.

Fazit

- *Mitarbeiter/-innen orientieren sich an Führungskräften. Sie sind quasi Vorbilder, die nachgeahmt werden. Dafür ist es notwendig, dass sie auch an den Fortbildungen der wichtigsten handlungsleitenden Konzepte teilnehmen und nicht nur darüber gelesen haben.*
- *Grund- und Basiskurse sind **erste** Impulse um die eigene Arbeit zu überdenken und erste Schritte einer anderen Umgangsweise kennenzulernen. Niemand ist nach dem Absolvieren eines Kurses bereits ein Meister, sondern muss das Erlernte selbst ausprobieren können. Erfahrungslernen in der Praxis ist angezeigt und kann weitere Kolleginnen und Kollegen dazu motivieren, sich fortzubilden.*
- *Auch Kinaesthetics ist ein wichtiger Baustein für die Gesundheit der Mitarbeiter/-innen.*
- *Besonders die Musikalisierung des Pflegealltags wirkt sich positiv nicht nur auf die Bewohner/-innen, sondern auf das gesamte Arbeitsklima aus.*
- *Diese vier Konzepte sensibilisieren die Mitarbeiter/-innen bezüglich der Belange der Bewohner/-innen. Es sind keine **Techniken** mit festgelegten Zielen, sondern sie fordern dazu auf, die Menschen genau zu beobachten, Impulse aufzugreifen und sie im fortschrei-*

tenden Krankheitsverlauf nach ihren Bedürfnissen zu begleiten.



2.2.2.2 Arbeitsgruppen

Regelmäßige Treffen in unterschiedlichen Teamkonstellationen reflektieren immer wieder den Arbeitsalltag und ermöglichen so eine Überprüfung der Einstellungen zur Arbeit und eine Wissenserweiterung, damit sich die Mitarbeiter/-innen den vielfältigen Anforderungen des Alltags, den unterschiedlichsten Schwierigkeiten der zu betreuenden Menschen einfühlsam und pflegefachlich widmen können. Auf diese Weise kann Qualität auf hohem Niveau entstehen und sichergestellt werden.

Arbeitsgruppen zu den Handlungskonzepten

Zu den drei Handlungskonzepten Integrative Validation nach Richard (IVA), Kinaesthetics und Basale Stimulation in der Pflege werden regelmäßig alle acht bis zehn Wochen Arbeitsgruppen angeboten. In jeder Arbeitsgruppe (AG) werden einzelne Situationen der Bewohner/-innen, unter denen diese leiden oder die Mitarbeitern Probleme im Umgang mit den Bewohnern verursachen, geschildert. Wir versuchen, uns über Selbsterfahrung in die jeweilige Situation zu versetzen, und erarbeiten Möglichkeiten des Umgangs. In der Praxis werden die Angebote dann überprüft. Reflexionsbögen, die zu Beginn der AGs verteilt werden, sollen uns die bisherige Arbeit mit diesen Ansätzen vor Augen führen und uns verdeutlichen, wann, wie häufig und mit welchen Schwierigkeiten diese Arbeit in unseren Alltag einfließt. Die Arbeitsgruppen werden von Mitarbeitern oder Mitarbeiterinnen geleitet, die sich auf das jeweilige Thema spezialisiert haben, unabhängig von ihrer beruflichen Qualifikation. So kommt es vor, dass – obwohl an der AG viele Pflegekräfte teilnehmen – die Hauswirtschafts-

leiterin die IVA-AG leitet, weil sie durch die Teilnahme an einem Aufbaukurs zu diesem Thema dazu befähigt ist.

Standard-AG



Damit sich die Mitarbeiter/-innen in ihrer anspruchsvollen Aufgabe, Menschen mit einem hohem Hilfebedarf und starken psychischen Belastungen zu begleiten, sicher fühlen und für alle verbindliche Leitlinien in Form von Ablauf-, Prozess- und Ergebnisstandards gelten, wurden und werden diese Handlungsanleitungen permanent überprüft, überarbeitet und weiterentwickelt. Dazu trifft sich im Abstand von vier bis sechs Wochen das Leitungsteam, bestehend aus Pflegedienstleitung, zwei Bereichsleitungen sowie zwei stellvertretenden Bereichsleitungen, in der Standard-AG. Wenn neue Standards erstellt werden, sind vorab Fragebögen an die jeweils zuständigen Teams verteilt worden, damit diese ihre Ideen, ihr Wissen und ihre Erfahrung in die Arbeit der AG einbringen können. Ergänzt um Fach- und Expertenwissen wird anschließend der neu erstellte Standard vor der konkreten Umsetzung dem Team zur Überprüfung wieder vorgelegt, mit der Bitte, Anregungen hinzuzufügen und Fehler zu korrigieren. Durch die gemeinsame Entwicklung und Bearbeitung der Standards findet immer wieder ein Lernprozess, verbunden mit der Reflexion des bisher Bekannten, statt. Da es in einer lebenden Organisation häufiger Veränderungen gibt, müssen stets aufs Neue Abläufe bedacht, vereinbart, evaluiert und mit dem Heimkonzept abgeglichen werden. Wenn Mitarbeiter/-innen in Fort- und Weiterbildungen neue Erkenntnisse erwerben, sind sie aufgefordert, diese mit einzubringen. Nach der Verabschiedung sind die neuen Standards dann Bestandteil des Heimkonzeptes. So ist gewährleistet, dass alle gemeinsam „in eine Richtung gehen“. Bei der konkreten Umsetzung sind die Leitungen Vorbilder,

Erfahrungsaustausch für Pflegefach- und Hilfskräfte

Diese Arbeitsgruppe findet regelmäßig zirka alle acht Wochen statt und befasst sich mit aktuellen pflegerelevanten Aspekten wie beispielsweise mit der Arbeitsorganisation in diesem Bereich, mit rechtlichen Problemen, die etwa bei der Fixierung der Bewohner/-innen auftreten können, mit der Pflegedokumentation und so weiter. Protokolle, die der monatlichen Ge-



haltsabrechnung beigelegt sind, informieren alle Mitarbeiter/-innen.

Ernährungs-AG

Bei Bewohnern und Bewohnerinnen mit herausforderndem Verhalten und in der letzten Lebensphase tauchten immer wieder Probleme bei der Ernährung auf. Nach einer Fortbildungsreihe zum Thema Essen und Trinken bei Menschen mit Demenz entstand die Idee, eine Ernährungs-AG zu gründen, die sich etwa alle drei Monate trifft und an der Mitarbeiter/-innen der Küche und Pflege teilnehmen. Sie sollen anfallende Probleme und Anfragen zu Ernährung und Flüssigkeitsversorgung beleuchten und Vorschläge ausarbeiten. Die Ergebnisse werden in den monatlichen Mitarbeiterbesprechungen bekannt gemacht und in der Monatsabrechnung der Mitarbeiter/-innen als Protokoll angehängt.



Musiktherapie-AG

Diese Arbeitsgruppe trifft sich etwa alle drei Monate mit der Fachtherapeutin, die zu unterschiedlichen Themen Musiktherapie im Haus anbietet. Zu diesen Themen gehören beispielsweise die spezifische Begleitung der Menschen in der letzten Lebensphase der Demenz, verschiedene Musikinstrumente, Klang, Monochord, Kantele, Improvisation, musikalische Einstimmung und so weiter. Auch in dieser AG werden Reflexi-



onsbögen verteilt.

Fazit

- *Konzepte können am besten etabliert werden, wenn sie in regelmäßigen Abständen gemeinsam evaluiert werden, wenn neue Erkenntnisse einfließen, bei Problemen nach Lösungen gesucht wird und bei Bedarf Änderungen erfolgen. Dafür sind Arbeitsgruppen unverzichtbar.*
- *Funktionsübergreifende Gruppenzusammensetzungen sind hilfreich für das Wir-Gefühl.*
- *Werden Standards speziell auf die Bedürfnisse der Einrichtung ausgerichtet, entwickelt und evaluiert, findet Lernen vor Ort statt, können sich die Mitarbeiter/-innen eher damit verbinden und die Standards werden nachhaltiger umgesetzt.*

2.2.2.3 Haus-Schwansen-Seminar

1994 erhielt das Haus Schwansen den nationalen und internationalen Hartmann Pflegepreis für „Beispielhafte Pflegekonzepte zum Umgang mit verwirrten und demenzkranken Menschen.“. Damit nahm das öffentliche Interesse an unserer Arbeit stetig zu. Das Heim konnte die zahlreichen Anfragen nicht mehr bewältigen und aus diesem Grund wurde das Haus-Schwansen-Seminar gegründet. Hier werden die Erfahrungen, die im Haus Schwansen gemacht werden, weitergegeben. An

den Kursen nehmen externe Teilnehmer/-innen sowie Mitarbeiter/-innen aus der Einrichtung teil. Charakteristisch für diese Seminare ist die abwechslungsreiche Methodik: eigene Erfahrungen, gruppenspezifische Prozesse, kurze Vorträge. Es wird Wert darauf gelegt, den Bezug zur praktischen Tätigkeit herzustellen und wenn möglich praktische Erfahrungen zu sammeln, wie etwa in der Kinaesthetics. Durch die Nähe zur Einrichtung können die Teilnehmer/-innen vor Ort die besondere Atmosphäre kennenlernen. Manchmal mischt sich auch



der eine oder andere Bewohner unter die Teilnehmer und genießt es, dazuzugehören und bewirtet zu werden.

In einwöchigen Arbeitsseminaren wird zunächst die Heimkonzeption vorgestellt, danach können die Teilnehmer täglich wechselnde Betreuungsgruppen praktisch erleben sowie Fragen und Anmerkungen mit den jeweiligen Leitungen klären. Am Ende der Woche bitten wir um Reflexion unserer Arbeit und um Anregungen, denn Außenstehende bemerken Dinge und Verhaltensweisen, die wir bei der täglichen Arbeit manchmal übersehen. So stellte beispielsweise ein Teilnehmer fest, dass in einer Betreuungsgruppe die einfachen Holzhocker unbequem und nicht rückengerecht waren. Unsere eigenen Mitarbeiter/-innen hatten sich schon so daran gewöhnt, dass es ihnen gar nicht aufgefallen war. Auf diese Weise erhalten wir eine weitere Möglichkeit, Veränderungen in Gang zu setzen.

In regelmäßiger Folge bietet das Haus-Schwansen-Seminar die vier Handlungskonzepte – Integrative Validation, Kinaesthetics, Basale Stimulation in der Pflege und Musiktherapie – als Fortbildungen für Mitarbeiter/-innen und externe Teilnehmer/-innen an, wobei das Konzept der „Integrative Validation nach Richard“ Pflichtfortbildungen für alle Mitarbeiter/-innen und die übrigen besonders Pflege und Betreuung betreffen.

In diversen Seminaren geben die Mitarbeiter/-innen des Heims ihr praktisches Wissen und ihre Erfahrungen weiter und profitieren vom Austausch mit den Kursteilnehmern, sodass es immer wieder neue Impulse gibt. Über diesen Austausch entstand zum Beispiel die Idee, das Café Süße Ecke einzurichten: An jedem Freitagnachmittag ist es für Bewohner/-innen, Angehörige und andere Besucher geöffnet, auch Personal findet sich dort ein. Es wird von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen betreut, die dafür eine Aufwandsentschädigung erhalten. Sie tragen, wie es sich für einen Cafébetrieb gehört, weiße



Blusen, schwarze Röcke, hin und wieder mit Volantschürze. Die Tische sind mit weißen Tischdeckchen und jahreszeitlicher Dekoration geschmückt. Die Besucher – manchmal bis zu 50 Gäste – genießen die feinen Torten, Waffeln oder Eisbecher. Das Café wurde aus Spenden des Fördervereins Haus Schwansen, unter dessen Dach sich auch das Seminar befindet, finanziell unterstützt und aufgebaut. Es ist in das Pflegeheim integriert.

Eine weitere Aufgabe des Haus-Schwansen-Seminars ist es, verschiedensten Gruppen das Heimkonzept und die damit verbundenen Arbeitsabläufe im Haus Schwansen vorzustellen. So erhielten in den Anfangsjahren der Gemeinderat Rieseby, interessierte Dorfbewohner, die behandelnden Ärzte und Arzthelfer/-innen, Schulklassen, aus denen Schüler bei uns arbeiteten, Sozialstationen, mit denen wir zusammenarbeiteten, einen Einblick in unsere Tätigkeit. Dazu gehörte auch eine kurze Einführung in die Integrative Validation. Eine gute Zusammenarbeit und ein verständiges Miteinander war das Ziel. Bis zum heutigen Tag werden jährlich zirka 20 Konzeptvorstellungen für die unterschiedlichsten Gruppen angeboten. Alle, die eng mit dem Haus kooperieren, wie zum Beispiel Aushilfen, Praktikanten, die Physiotherapeutin und die Podologin, werden dazu eingeladen. Darüber hinaus gibt es auch für Angehörige Infomappen.

Im Mai 1997 führte das Haus-Schwansen-Seminar die erste Fachtagung zum Thema „Vergesst nicht die Verwirrten“ durch. Es sollte ein Appell an die Öffentlichkeit, insbesondere an die Politiker sein, da in der Pflegeversicherung der Zeitaufwand und die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz nicht ausreichend berücksichtigt wurden, der Fokus war bisher eher auf körperliche Pflege gerichtet.

Die Schwierigkeiten der Menschen mit Demenz und auch die Probleme von Mitarbeiter/-innen und Angehörigen in das Licht



der Öffentlichkeit zu rücken sehen wir bis heute als eine unserer Aufgaben. So entstanden öffentlich geförderte Projekte, wie beispielsweise

- Abschiedsmusik – Musik in der letzten Lebensphase (Förderung durch das Land Schleswig-Holstein)
- Vereinfachte Pflegeplanung (Förderung durch das Land Schleswig-Holstein)
- IQM Demenz – Integriertes Qualitätsmanagementsystem Demenz (Förderung durch das Bundesministerium über die DED)

Wir erhielten den zweiten Preis auf dem Dementia-Fair-Congress 2008 zum Thema Ernährung „Vorbildliche Leistungen bei der Vermeidung von Versorgungsbrüchen und der Schaffung von Versorgungsbrücken“

Diese Projekte und der Preis erforderten einen hohen Zeitaufwand von vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, verbunden mit zusätzlicher Anstrengung. Unsere Motivation war es, zu zeigen, dass vieles möglich ist, wenn Rahmenbedingungen stimmen, wenn gesetzliche und behördliche Bedingungen nicht so ausufern, dass alles erstarrt, dass keine Kreativität mehr möglich ist, wenn Mitarbeiter/-innen auch Fehler machen dürfen.

Das Haus – Schwansen – Seminar ist quasi ein Forum, in dem praktisches Wissen mit neuen Erkenntnissen und Fachlichkeit zusammen fließen, reflektiert und in Fortbildungen

verarbeitet angeboten werden. Auf Vorträgen und Tagungen vor unterschiedlichsten Gremien wird Mitarbeiter/innen in Pflege und Betreuung, Therapeuten, Landfrauen, pflegenden Angehörigen, rechtlichen und ehrenamtlichen Betreuern und auch Landesvertretern von diesen Erkenntnissen deutschlandweit berichtet. Mit dieser Art von Öffentlichkeitsarbeit wollen wir uns darüber hinaus für die Interessen von pflegebedürftigen Menschen einsetzen.

Fazit

- *Das Kennenlernen handlungsleitender Standards, die*



Bestandteil der Heimkonzeption sind, können nicht auf Freiwilligkeit beruhen, sondern müssen verpflichtend sein. Denn sonst kann die Einrichtung ihre Versprechen aus der Heimkonzeption nicht halten.

- *Die Heimkonzeption als lebendiger Teil des Alltags sollte den Institutionen und Einzelpersonen, die mit dem Haus zusammenarbeiten, bekannt sein, damit alle die „gleiche Sprache sprechen“.*
- *Durch Öffentlichkeitsarbeit können wir politische Willensbildung konkret beeinflussen. Wenn wir still unsere Arbeit machen, jedoch außerhalb dieses Kreises niemand um die Schwierigkeiten und Probleme weiß, wird sich nichts ändern.*

2.2.2.4 Personalwesen

Personalakquisition

Neben der kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung spielte von Anfang an die Auswahl der Mitarbeiter/-innen eine bedeutende Rolle. So entschieden wir uns frühzeitig, praktische Weiterbildung für Altenpflegefachkräfte anzubieten, damit sie bereits in der Anfangsphase des Berufes die grundlegenden Handlungsweisen kennenlernen und verinnerlichen sowie Erfah-

rungen in der Pflege demenziell Erkrankter sammeln können. Auf diese Weise wird schon früh eine Identifikation mit der Arbeit ermöglicht und die Bindung an die Einrichtung erreicht. Bewusst sprechen wir in diesem Zusammenhang von Handlungsweisen und nicht von Werkzeugen, denn der Begriff Werkzeug impliziert ein eher technisches Verfahren, Handlungsweisen hingegen, dass auch das Denken und Entscheiden die pflegerischen Situationen entscheidend prägen.

So gab es zum Beispiel in Zusammenarbeit mit dem DRK Kiel einen Praxiseinsatz für Auszubildende im dritten Ausbildungsjahr: Nach einer ausführlichen Einarbeitung und unter



Anleitung der Schulleitung, Heimleitung und Pflegedienstleitung hat die Schulklasse drei Tage lang den Tagdienst in Haus Schwansen übernommen. Das Stammpersonal konnte in dieser Zeit in einer Tagungsstätte weitergebildet werden.

Darüber hinaus muss jeder Bewerber ein Bewerbungsverfahren durchlaufen, in dem grundsätzlich eine Hospitation über mehrere Tage zu verschiedenen Zeiten vorgesehen ist. Das bietet einerseits dem Bewerber die Möglichkeit, festzustellen, ob Konzept und Arbeitsweise der Einrichtung zu ihm passen und ob er sich vorstellen kann, in diesem Team zu arbeiten. Als zukünftiger Arbeitgeber haben wir andererseits die Möglichkeit, zu überprüfen, wie der Bewerber mit den Bewohnern umgeht, ob das unserem Menschenbild entspricht, wie er sich in unser Team integriert und welche Fähigkeiten er zudem mitbringt. Die Personalentscheidung wird erst nach Rücksprache sowohl mit den Kolleginnen und Kollegen des Teams als auch mit dem Bewerber getroffen. Zudem können ausgebildete Fachkräfte unsere Einrichtung durch Fortbildungen im Haus-Schwansen-Seminar kennenlernen.

Fazit

- *Die Ausbildung ist ein wichtiger Aspekt der Personalauswahl für die Pflegeeinrichtungen.*
- *Eine sorgfältige Auswahl der zukünftigen Mitarbeiter/-innen ist unabdingbar. Empfehlenswert ist daher eine mehrtägige Hospitation.*
- *Qualifikation, Praxiserfahrung in gerontopsychiatrischen Arbeitsfeldern und die persönliche Eignung sind wichtige Voraussetzungen für den Beruf der Altenpflegerin/des Altenpflegers.*

Personalentwicklung

Für alle bereits im Heim arbeitenden Mitarbeiter/-innen sind die konzeptionell vorgesehenen Fortbildungen verpflichtend, die Teilnahme wird deshalb in jeder Personalakte dokumentiert.

Regelmäßig werden Mitarbeiterjahresgespräche geführt, die einen Abgleich der Selbsteinschätzung mit der Fremdeinschätzung durch die/den Vorgesetzten vorsehen und die Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeiter/-innen einschließlich des individuellen Fortbildungsbedarfs ermitteln. Gemeinsam treffen wir Fort- und Weiterbildungsvereinbarungen, die im darauffolgenden Gespräch bewertet werden. Darüber hinaus können unsere Mitarbeiter/-innen an externen Weiterbildungen, etwa zur Praxisanleitung oder zur Leitung einer Pflegeeinheit, sowie an externen Hospitationen teilnehmen, um von anderen zu lernen.

Dieses persönliche Mitarbeiter-Jahresgespräch ist ein zentrales Instrument, in dem anhand der Stellenbeschreibungen die Aufgabenerfüllung gemeinsam reflektiert wird. Dabei sind die individuelle berufliche Entwicklung, der Bedarf an zusätzlicher Unterstützung sowie die Talentförderung wichtige Themen.



Wir organisieren beispielsweise Gitarrenunterricht für Mitarbeiter, die musikalische Begleitung anbieten möchten. Nach dem Motto: „Das ist etwas Besonderes, das kann nur ich“, nahm eine Kollegin an einer Sitztanz-Fortbildung teil.

Zusätzlich führen wir zeitnah lösungsorientierte Konfliktgespräche. Die Einladung dazu erfolgt auf Wunsch des Betroffenen oder der jeweiligen Leitungskraft, gegebenenfalls auch aller Beteiligten. Die getroffenen Maßnahmen/Vereinbarungen werden dokumentiert, in einem erneuten Gespräch prüfen wir gemeinsam, ob sie den erwünschten Erfolg gehabt haben. In einer Übersicht erfassen wir alle Mitarbeiterjahresgespräche und überprüfen die den aktuellen stand der Durchführung.

Supervision als eine Unterstützung in schwierigen Prozessen hat immer wieder das Team oder auch Teile des Teams unterstützt und den einzelnen Mitarbeiter gestärkt. So wurde etwa der Übergang zum neuen Träger im Jahr 2007 durch externe Supervision begleitet, um möglichst wenig Reibungsverluste zu haben. Hierbei ist es unserer Erfahrung nach wichtig, dass zusammen mit der Führungsebene eine gemeinsame Zielformulierung für den Supervisionsprozess vorliegt und bei Bedarf auch die Leitung an der Supervision teilnimmt.

Ebenfalls regelmäßig finden Mitarbeiterzufriedenheitsbefragungen statt, deren Ergebnisse in die strategische Planung miteinfließen.

Fazit

- *Auch wenn der Pflegealltag die Zeit nicht herzugeben scheint, so ist es doch für die Zufriedenheit und die persönliche Entwicklung der Mitarbeiter/-innen von großer Bedeutung, sich in regelmäßigen Abständen Zeit zu nehmen für ausführliche Mitarbeitergespräche nach einem vorher festgelegten Ablauf.*



Personaleinsatzplanung

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Personaleinsatzplanung. Hier werden Wünsche der Mitarbeiter/-innen, die vorher in einem Wunschplan abgefragt werden, weitestgehend berücksichtigt. Eine bereichsübergreifende Dienstplangestaltung ist dabei hilfreich. Aber auch eine Einsatzplanung, die nicht nur den gesetzlichen Vorgaben entspricht, sondern zudem die persönlichen Stärken und Neigungen berücksichtigt, die also Mitarbeiter/-innen je nach Fähigkeiten und Besonderheiten in den unterschiedlichen Bereichen des Hauses einsetzt, ist unserer Erfahrung nach besonders wichtig. So kann die eine Kollegin wunderbar in der Insel (s. S. 59) arbeiten, wo Ruhe, Geduld und ein großes Einfühlungsvermögen in die Bedürfnisse der Schwerstkranken erforderlich ist. Eine andere mag es lieber lebhaft, fühlt sich im Tagesablauf in der Großen Gruppe wohl. Eine weitere Mitarbeiterin arbeitet am liebsten mit männlichen Kollegen zusammen, „die auch mal mit anfasen können“. Familienfreundliche Arbeitszeiten finden genauso Berücksichtigung wie fast alle Formen der Teilzeitbeschäftigung.

Die verschiedensten Bedürfnisse einzuplanen ist eine große Herausforderung, aber unerlässlich für einen sinnvollen Personaleinsatz. Die beiden für den Dienstplan verantwortlichen Mitarbeiterinnen müssen deshalb den dafür erforderlichen Zeitrahmen zur Verfügung gestellt bekommen. Sie gehen jeden Monat zwei Tage gemeinsam in Klausur, um den Dienstplan in gegenseitiger Abstimmung zu gestalten. Dabei geht es darum, sich über die derzeitigen organisatorischen Abläufe, die personelle Situation, die Einsetzbarkeit der Mitarbeiter und das zur Verfügung stehende Personal auszutauschen. Eine effiziente Personaleinsatzplanung unter Berücksichtigung der Teamzusammensetzung sowie der Wünsche der Mitarbeiter/-innen ist dabei das Ziel.



Eine Personaleinsatzplanung auf der Basis des refinanzierten Personalschlüssels unter Beachtung aller Ausfallzeiten sowie der gesetzlichen Vorgaben hat sich bewährt. Zusätzlich ein wöchentlicher Abgleich von Personaleinsatz mit der Belegungssituation und der Pflegestufenverteilung, um zeitnah auf Veränderungen reagieren zu können. Dieses Vorgehen mit den konzeptionellen Ansprüchen sowie den Wünschen der Mitarbeiter in Einklang zu bekommen ist die größte Herausforderung, an der wir nach wie vor hart arbeiten.

Fazit

Zu einer guten Personaleinsatzplanung zählen auch wirtschaftliche Aspekte: Ich kann nur soviel Personal einplanen wie refinanziert ist. Dazu ist es notwendig mit allen Mitarbeitern auch wirtschaftliche Ergebnisse zu kommunizieren, damit gemeinsam an Lösungen gearbeitet werden kann.

2.2.2.5 Strukturiertes Besprechungswesen

Heimleitung und Geschäftsführung stehen ständig in Kontakt und stimmen sich nach Bedarf ab. Arbeitsgrundlage ist ein Qualitätsentwicklungsplan, in dem alle Projekte, an denen aktuell gearbeitet wird, aufgeführt sind. Dieser Plan wird gemeinsam mit der Geschäftsführung aktualisiert: Der Zeitaufwand für abgeschlossene Projekte wird festgehalten, neu geplante Projekte werden aufgenommen. Die Heimleitung arbeitet ebenfalls mit der Pflegedienstleitung eng zusammen. Arbeitsabsprachen, in denen Belegungssteuerung, Arbeitsabläufe und Krisen thematisiert werden, erfolgen im wöchentlichen Turnus und nach Bedarf. Abteilungsleitungen arbeiten eigenverantwortlich und berichten in den monatlichen Abteilungsleitungsbesprechungen. Sie sind für die Abläufe in ihrer Abteilung verantwortlich und erstellen die Personaleinsatzpläne anhand der Vorgaben. Bereichsübergreifende Dienst-



pläne in der Pflege, die die Mitarbeiterwünsche berücksichtigen, gehören zum Standard.

Dringende Angelegenheiten werden sofort angesprochen und bearbeitet. Alle Mitarbeiter haben das Recht, Themen für die monatlichen Mitarbeiterversammlungen vorzuschlagen. Alle Mitarbeiter/-innen werden zeitnah über relevante Veränderungen informiert. In einem ausführlichen Protokoll sind alle Themen festgehalten. Es wird in der Folgesitzung vorgelesen, und solange ein Thema als nicht erledigt betrachtet wird, bleibt es im Protokoll stehen. Jede/-r Mitarbeiter/-in erhält das Protokoll mit der Gehaltsabrechnung, was dazu beiträgt, dass alle Mitarbeiter/-innen umfassend informiert sind.

Bestandteile des ausführlichen Besprechungswesens sind der zweimonatliche Erfahrungsaustausch in der Pflege, die Standardgruppe, die Arbeitsgruppen, die Qualitätsmanagementsitzungen. Alles ist in der Besprechungsmatrix im Qualitätsmanagementhandbuch hinterlegt. Ein Organigramm zeigt die Struktur und verschiedenen Verantwortungsbereiche auf. Alle Abteilungen arbeiten eng zusammen, damit diese Zusammenarbeit reibungslos verläuft, muss jede/-r neue Mitarbeiter/-in in der Pflege zunächst alle Abteilungen durchlaufen. Auch im Qualitätsmanagement wird abteilungsübergreifend zusammengearbeitet.

Regelmäßige monatliche abschnittsweise Hausbegehungen mit der zuständigen Abteilungsleitung, der Hauswirtschaftsleitung, Heimleitung und Pflegedienstleitung erfassen den Zustand der Räumlichkeiten und den jeweiligen Handlungsbedarf. Protokolle mit Arbeitsaufträgen werden verteilt und die Ausführung wird überwacht.

Ein Brandschutzkonzept sowie ein Hygienekonzept, die den gesetzlichen Vorgaben entsprechen, aber auch die Besonderheiten unserer Einrichtung berücksichtigten, wurden erarbei-



tet. So gibt es zum Beispiel neben den regelmäßigen Brandschutzbelehrungen und Unterweisungen lediglich Hausbegehungen mit der zuständigen Feuerwehr, damit sie sich im Ernstfall vor Ort orientieren kann. Die anschließend erstellten Protokolle mit Arbeitsaufträgen erhält die Heimleitung. Übungen für den Ernstfall werden mit Rücksicht auf die Bewohner/-innen nicht durchgeführt.

Fazit

- *Ein ausführliches Protokollwesen erfasst alle Themen so lange, bis sie als erledigt verabschiedet worden sind.*
- *Das Versenden der Protokolle mit der Gehaltsabrechnung trägt dazu bei, dass alle Mitarbeiter/-innen umfassend informiert sind.*

2.2.2.6 Qualitätsmanagement

Integriertes Qualitätsmanagementsystem-Demenz (IQM-Demenz)

Das IQM-Demenz wurde in Kanada vom Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) entwickelt. Weltweit ist es in der Altenhilfe Vorbild für etwa ein Drittel aller Qualitätsmanagementsysteme und auch im Haus Schwansen ein erprobtes Qualitätsinstrument. Besonders zwei Merkmale des Verfahrens erweisen sich als nachhaltig wirksam:

- die Anregung der Mitarbeiter/-innen zur Reflexion des eigenen Handelns und
- die externen Qualitätsfeedbacks durch einrichtungsfremde Fachleute.

Das kanadische Verfahren wurde für den deutschsprachigen Raum übersetzt und von der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung e. V. (DED) in Kooperation mit dem Beratungsunternehmen Innovative Qualifikation in der



Altenpflege GmbH Arolsen demenzbezogen weiterentwickelt. Sechs langjährig in der spezialisierten Demenzenbetreuung erfahrene Best-Practice-Einrichtungen – darunter auch Haus Schwansen – haben IQM-Demenz in einem dreijährigen Modellprojekt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erprobt und seine Wirksamkeit bestätigt. Darüber hinaus arbeitet die Einrichtung mit dem vom Träger bereits seit vielen Jahren eingesetzten EFQM, das mit IQM als Qualitätsinstrument kompatibel ist.

IQM-Demenz schreibt keine Qualität im normativen Sinne vor, sondern benennt Eck- und Ankerpunkte, die von einer Einrichtung für Demenzerkrankte erfüllt sein müssen, damit Qualität für die Bewohner und ihre Familien erfahrbar wird. Die Bedürfnisse und Erwartungen der Bewohner und der Familien sollen erkannt, verstanden und realisiert werden. Im Zentrum stehen also der an Demenz erkrankte Mensch und seine Familie.

IQM-Demenz unterstützt Einrichtungen der Langzeitpflege durch:

- ein werteorientiertes, ganzheitliches Einrichtungsverständnis,
- die Bereitstellung eines alle Aspekte einer Langzeitpflege von Menschen mit Demenz umfassenden Anforderungskatalogs sowie
- die Bereitstellung einer auf Integration zielenden Methodik.

Qualitätsbereich Pflege

Zur Überprüfung der Pflegequalität stehen im Haus Schwansen unterschiedliche Instrumente zur Verfügung. Dokumentiert wird sie überwiegend in den Formularen der PFLEGE.ZEIT Dokumentationssysteme GmbH, deren Entstehung von einer 1999 in Haus Schwansen gegründeten Ar-



beitsgruppe begleitet wurde, die sich mit den folgenden Problemen der Dokumentation beschäftigte:

- Die Dokumentation war aufgrund der hohen Komplexität der menschlichen Bedürfnisse nicht übersichtlich.
- Wichtige Informationen waren nicht erkennbar.
- Viele einzelne Leistungsnachweise mussten abgezeichnet werden.
- Die Beschreibung des Hilfebedarfs bezüglich 13 AEDLs war schwer, da sich die Zuordnung überschneidet.
- Die Gefahrenpotenziale waren nicht ausreichend hervorgehoben.
- Die Informationen fehlten vor Ort, etwa in den Bewohnerzimmern oder in der Betreuungsgruppe.

Ziel der Entwicklung der Formulare, die im Ankreuzverfahren ausgefüllt und handschriftlich ergänzt werden können, war, den täglichen Zeitaufwand der Dokumentation in der stationären Altenhilfe zu reduzieren, ohne dass Informationsgehalt und Professionalität darunter leiden. So entstand ein Tagesplan als zentrale Planungseinheit, der den Tagesablauf eines Bewohners/einer Bewohnerin über 24 Stunden handlungsleitend auf zwei Seiten abbildet:

- den gesamten Hilfebedarf,
- die Tagesaktivitäten,
- Hinweise über Besonderheiten des Bewohners,
- Erschwernisfaktoren,
- Rituale.

Der Tagesplan enthält zudem die wesentlichen Informationen über die vier Lebensbereiche: Bewegen, Pflegen und Ausscheiden, Essen und Trinken, psychosoziale Integration. Auf dieser Basis wird ein Leitziel definiert, auf das die Pflege des Bewohners ausgerichtet ist. Individuelle Risiken werden benannt und entsprechende Prophylaxen geplant. Folgende Auswertungen gehören dazu:



- Abgleich von geplanter und geleisteter Pflege in der täglichen Berichterstattung
- Zirka sechswöchentliche Überprüfung der Pflegeplanung im PFLEGESTATUS und TAGESPLAN: Der Pflegestatus beschreibt auf der Basis der vier Lebensbereiche die Probleme und Kompensationen der Bewohner/-innen und die Risiken, die dann im Tagesplan verdichtet als Hilfebedarf erkennbar werden und einen individuellen Tagesablauf verdeutlichen.
- Überprüfung der Ernährung durch Pflegedienstleitung und Diätassistentin der Küche, etwa alle sechs Wochen
- Vorbereitung der neurologischen/psychiatrischen Facharztvisite durch die Pflegedienst- und Wohn-/Bereichsleitungen, alle drei Monate: Über den Langzeitverlauf werden Veränderungen des Gesundheitszustandes der letzten drei Monate beschrieben.
- Die Prophylaxenmatrix stellt dar, welche Prophylaxen in den einzelnen Pflegeleistungen enthalten sind.

Die Entwicklung der Dokumentation zur Überprüfung der Pflegequalität wurde eng abgestimmt mit der Leitung des MDK Schleswig-Holstein und dem zuständigen Referat der Landesregierung. Im vom Land geförderten Modellprojekt „Vereinfachte Pflegeplanung und -dokumentation“ wurden Seminare angeboten, in denen Altenpflegeeinrichtungen lernen konnten, wie sie diese Dokumentation implementieren. Später entstand daraus die Firma PFLEGE.ZEIT Dokumentationssysteme GmbH, um mit Experten das System weiterzuentwickeln und zu vertreiben. Folgende verbesserte Elemente wurden nachträglich eingearbeitet:



- eine zeichnerische Bewegungskurve, die den Transfer in die unterschiedlichen Räumlichkeiten mit Hilfsmitteln zeigt,
- Ernährungs-, Trink- und Sondenkostplan nach Beobachtung und Analyse und Trinkmenge über 24 Stunden

Pflegevisite

Sie dient der Vereinbarung der Pflegeziele, -interventionen und -evaluation. Ein wichtiger Aspekt ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Er muss die Gelegenheit haben, seine Wünsche zu artikulieren und Informationen über die geplanten Ziele zu erhalten. Da im Haus Schwansen nahezu alle Bewohner/-innen von Angehörigen oder Betreuern vertreten werden, werden diese durch schriftliche Befragungen miteinbezogen.



Die Pflegevisite dient auch der Überprüfung der gesamten Dokumentation hinsichtlich

- der Nachvollziehbarkeit,
- der Übereinstimmung der geplanten mit der geleisteten Pflege,



- des geäußerten oder mutmaßlichen Willens des Bewohners beziehungsweise seines Betreuers,
- der Risikopotenziale und
- des Umfelds.

Sie soll zum fantasievollen und experimentierfreudigen Umgang mit dem Bewohner und seinem Umfeld anregen.

Die Pflegedienst- oder Wohn-/Bereichsleitung wählt für die Pflegevisite einen Bewohner aus. Die zuständigen Betreuer oder Familienangehörigen erhalten einen Fragebogen, in dem nach der Zufriedenheit der Angebote, wie Beschäftigung, Ernährung, Sauberkeit des Zimmers, Wäscheversorgung, Pflege, Verwaltung, Auskunftserteilung, Freundlichkeit der Mitarbeiter/-innen, Zuverlässigkeit von Absprachen und so weiter, gefragt wird.

Am Tag der Auswertung begleitet die Leitung den Mitarbeiter bei der morgendlichen Grundpflege. Dabei müssen Würde und Intimsphäre gewahrt bleiben. Das Ergebnis der Auswertung wird schriftlich festgehalten und der Bezugspflegekraft zur Bearbeitung ausgehändigt. Je nach Bedarf erfolgt anschließend ein Auswertungsgespräch. Die Pflegedienstleitung informiert alle Funktionsbereiche über die Ergebnisse der Angehörigen- oder Betreuerbefragung mit der Bitte, etwaige Mängel bis zu einem bestimmten Termin zu beheben.

Pflegekonferenz

Die Einladung zur wöchentlichen Pflegekonferenz erfolgt durch die Bezugspflegekraft oder Bereichsleitung. Alle an dem direkten Pflege- und Betreuungsprozess Beteiligten – das sind in der Regel fünf bis zehn Personen – nehmen daran teil. Anschließend wird ein Protokoll erstellt. Bei der Pflegekonferenz werden die Leistungen der Einrichtung und die Bedürfnisse der Bewohner/-innen aufeinander abgestimmt. Ressourcen und Probleme werden den erbrachten Leistungen gegenüber-



gestellt, Restrisiken mit Angehörigen und Betreuern abgesprochen. Der konstruktive Austausch zwischen Mitarbeitern und Angehörigen/Betreuern bewirkt, dass der Bewohner in den Vordergrund rückt und in seiner Individualität gesehen wird. Die Auswahl der Bewohner orientiert sich an Prioritäten, welche Festlegungen im Aufnahmeverfahren, aktuelle Dringlichkeiten und den Zeitpunkt der letzten Überprüfung berücksichtigen.

Qualitätsbereich Ärztliche Betreuung

Im Haus Schwansen pflegen wir enge Kontakte zu den Ärzten, die die Bewohner/-innen betreuen. Mit dem Arzt in unmittelbarer Nachbarschaft gibt es einen besonders regen Austausch. Er betreut zahlreiche Bewohner/-innen und ist zudem Mitglied einer Ethik - Komitees.

Für alle Bewohner/-innen ist zusätzlich ein Neurologe und Psychiater zuständig, da alle gerontopsychiatrische Krankheitsbilder aufweisen. Die Medikation wird mit ihm abgestimmt. Alle drei Monate kommt er ins Haus und steht den Bewohnern zwei Tage lang zur Verfügung. Die Leitungskräfte bereiten diese Facharztvisite gut vor. Folgende Aspekte stehen dabei im Vordergrund: der Gesundheitszustand der letzten drei Monate, ob der Bewohner auf die Medikation anspricht sowie Probleme und Schwierigkeiten des Demenzkranken. Wenn Angehörige es wünschen, werden sie zur Visite eingeladen. Der Facharzt unterrichtet uns unter anderem auch über neue wissenschaftliche Erkenntnisse, Forschungsergebnisse und Medikation.

Alle sechs Monate besucht eine Zahnärztin die Bewohner/-innen und überprüft den Zahnstatus. Wenn die Mundpflege nur sporadisch zugelassen wird und der Bewohner nur noch wenige Kaubewegungen macht, führt das häufig zu Entzündungen und manchmal müssen Zähne gezogen werden. Die



Zahngesundheit ist ein großes Problem in der Pflege alter Menschen mit Demenz, denn mit defekten Zähnen und mangelhafter Zahnprothetik geht oft ein massiver Gewichtsverlust einher. Wenn das Essen Schmerzen bereitet, wird kaum ein Mensch ausreichende Mengen Nahrung zu sich nehmen. Besonders wenn Demenzkranke untypisch unruhig sind, wenn plötzlich vermehrter Bewegungsdrang auftritt und häufiger die Nahrungsaufnahme verweigert wird, ist mit Problemen im Mundbereich zu rechnen. Die Mundpflege gehört jedoch zu den Maßnahmen, die Demenzkranke ungern über sich ergehen lassen. Da der Sinn der Maßnahme häufig nicht mehr verstanden wird und der Griff zum und in den Mund eine grenzüberschreitende Handlung darstellt, gerät die Mundpflege zur Tortur. Orale Stimulationen wie beispielsweise Gesichtsmassagen oder das Umstreichen des Mundbereiches können die Mundhygienemaßnahmen erleichtern.

Qualitätsbereich Risikomanagement

Das Risikomanagement betrifft alle Bereiche des Hauses, wie zum Beispiel Arbeitsschutz, Brandschutz, Apotheke, Datenschutz, Hygiene, Umweltschutz. Es wird in den Qualitätssystemen des IQM und EFQM zusammengeführt und evaluiert. Risikomanagement im Pflegebereich beinhaltet die regelmäßige Überprüfung der Pflegeplanung, besonders des Formulars zum Pflegestatus, in dem alle Gefahrenpotenziale aufgeführt, bewertet und in weiteren Protokollen, Berichten oder zusätzlichen Formularen, wie zum Beispiel Wund- und Schmerzprotokollen, evaluiert werden.

Fazit

- *Da die Mitarbeiter/-innen in oft wechselnden Teams funktionsübergreifend zusammenarbeiten und ihr Handeln sowie die Arbeitsabläufe innerhalb und außerhalb der einzelnen Bereiche beim IQM-Demenz evaluieren, nehmen sie ihr Unternehmen sehr umfassend wahr und sehen die geleistete Arbeit deutlich vor Augen, was zur Identifikation mit der Einrichtung beiträgt.*



- *In der Pflegeplanung wird ein **individueller** Tagesplan erstellt. Nicht die Tagesstruktur der Einrichtung ist vorrangig, sondern die individuelle Tagesgestaltung des einzelnen Menschen.*
- *Bei der Pflege von Menschen mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern ist es unerlässlich, einen neurologisch/psychiatrischen Facharzt zurate zu ziehen. Da es mittlerweile viele Polymorbiditäten / -Mehrfacherkrankungen gibt, wie etwa psychiatrische Krankheiten und Demenz oder Behinderungen und Demenz, benötigen sowohl Ärzte als auch Mitarbeiter/-innen in der Pflege und Betreuung spezielle Kenntnisse.*
- *Die regelmäßige Überprüfung des Zahnstatus ist häufig entscheidend bei der Lösung von Ernährungsproblemen.*

2.2.2.7 Ernährung

2003 fand im Haus-Schwansen-Seminar die erste Weiterbildung zum Thema Basisqualifikation zur Ernährung älterer Menschen in der Gerontopsychiatrie statt, einem komplexen Thema in der Altenpflege. Pflegende in der Gerontopsychiatrie stehen immer wieder vor Problemen wie Mangelernährung und Dehydration, denen alters- und krankheitsbedingte, strukturelle, personelle, atmosphärische Aspekte zugrunde liegen. Die Weiterbildung umfasste 72 Unterrichtseinheiten (1 UE = 45 Minuten) und vermittelte umfassende Kenntnisse zu folgenden Themen:

- Pflegespezifische Analyse gestörten Ess- und Trinkverhaltens und entsprechende Pflegehandlungen
- Ethische und rechtliche Aspekte, die bei gestörtem Ess- und Trinkverhalten bedenkenswert sind
- Küchenhygiene in gerontopsychiatrischen Wohngruppen



- Erwerb umfassender Kenntnisse zur Beratung bei Ernährungsproblemen
- Dokumentation zum Thema Ernährung

Die Teilnehmer/-innen konnten anschließend ihren Kollegen und Kolleginnen als Berater/-innen hilfreich zur Seite stehen. Aus Haus Schwansen nahmen mehrere Mitarbeiter/-innen als Referent/-innen oder Teilnehmer/-innen teil. Die gewonnenen Erkenntnisse führten zu einer Neustrukturierung des Pflegealltags: Zirka sechswöchentliche Kurvenvisiten zwischen Pflegedienst- und Küchenleitung wurden eingeführt. Hierbei werden die Gewichtsentwicklung und die Ernährungssituation der einzelnen Bewohner/-innen genau betrachtet und das weitere Vorgehen wird geplant, etwa verdauungsfördernde Maßnahmen durch entsprechende Ernährung, die Verabreichung der im Haus speziell hergestellten Aufbaukost oder hauseigener flüssiger Nachtmahlzeit.

Ein wichtiger Baustein des Ernährungskonzeptes ist die Milieuthherapie (s. S. 60). Diese hilft, Defizite auszugleichen, und ermöglicht Orientierung. Das Lebensgefühl von Gesunden und Kranken soll gleichermaßen durch wohlschmeckende Speisen und appetitlich angerichtete Mahlzeiten in angenehmer, den Genuss fördernder Atmosphäre positiv beeinflusst werden. So wird in der Küche alles frisch angerichtet, von der selbst gemachten Fischfrikadelle bis zu Reibekuchen, die noch knusprig auf den Tisch kommen. Die Lebensmittel werden täglich frisch angeliefert. Konservenkost gibt es nur in Ausnahmefällen. Das Küchenpersonal stellt Wunschkost in vielen Variationen und Konsistenzen zu individuell passenden Zeiten (je nach Tag- und Nachtrhythmus) her.

Die bisherige Küchenleiterin und Diätassistentin hat sorgfältig analysiert, welche Form der Nahrung benötigt wird. So wurde eigens hochkalorische, fettarme, eiweißarme oder kalorienreduzierte Kost entwickelt, die für manche Bewohner/-innen Er-



nährungsgrundlage sind. Zwischen Küchen- und Pflegepersonal besteht eine große Bereitwilligkeit und Hilfsbereitschaft, sich gegenseitig zu unterstützen, damit Essen und Getränke dann bereitstehen, wenn sie gebraucht werden.

Fazit:

Von großer Bedeutung ist die hauseigene Küche, die zeitnah auf die individuellen Bedürfnisse eingehen kann. Darüber hinaus können Bewohner im Rahmen der Beschäftigung der Küche zuarbeiten wie z. B. Erdbeeren pflücken. Sinnliche Faktoren wie der Geruch nach frisch gebratenen Zwiebeln regen den Appetit an und wecken Erinnerungen.

2.2.2.8 Bewohnerbezogene Entscheidungsprozesse

Durch die starken kognitiven Einschränkungen aufgrund der Demenz können die meisten Bewohner/-innen unserer Einrichtung weder selbstständig Entscheidungen treffen noch deren Tragweite ermessen. In den meisten Fällen sind in erster Linie Angehörige oder Betreuer unsere Ansprechpartner. Gleichwohl versuchen wir durch Beobachtung, die Vorlieben, die Vorstellungen und den Willen der Bewohner/-innen zu ermitteln. Wenn sich Angehörige oder Betreuer für Haus Schwansen als zukünftigen Wohnort der ihnen anvertrauten Demenzkranken interessieren, stellt die Heim- oder Pflegedienstleitung unsere Philosophie und Auszüge aus der Heimkonzeption vor. Wir fragen, was bei der Betreuung gewünscht ist, um abzugleichen, ob es eine Kooperation geben kann. Deutlich zeigen wir auf, was in Haus Schwansen möglich ist und was nicht. Wir sind keine geschlossene Einrichtung und können auch keine 24-Stunden-Einzelbetreuung bieten. Der potenzielle Bewohner soll sich in einer der vier Betreuungsgruppen wohlfühlen und dort hineinpassen. Es gibt Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern, die andere Hilfebedürftige gefährden, diese können wir nicht aufnehmen, da unsere Bewohner/-innen ihnen hilflos ausgeliefert wären.



Wir möchten uns ein Bild von dem zukünftigen Bewohner machen und sprechen über das Leben des Betroffenen, über dessen Tagesablauf, den wir wenn möglich übernehmen. Die Angehörigen oder Betreuer erhalten möglichst zur ersten Pflegekonferenz, zu der sie eingeladen sind, ein Biografiebuch, damit wir in der Konferenz gemeinsam wichtige Teile der Biografie Revue passieren lassen können. Auf diese Weise finden wir heraus, was für den neuen Bewohner wichtig ist, worüber er sich freut, welche Bewältigungsstrategien genutzt werden, welche Aktivitäten für ihn wichtig waren, und erörtern den Hilfebedarf, um die Pflege weiter zu planen.

Die Bezugspflegekraft (Pflegefachkraft) und Stütze (Pflegehilfskraft), die jedem Bewohner zugeordnet sind, sind auch Ansprechpartner für die Angehörigen. In ihren Zuständigkeitsbereich gehören die Pflegeplanung, die Evaluation der Pflege, die Beobachtung des Gesundheitsverlaufs, jedoch nicht die tägliche Pflege des Bewohners. Falls sich der Gesundheitszustand merklich verändert, nehmen wir Kontakt mit den Angehörigen oder dem Betreuer auf und planen gegebenenfalls eine weitere Pflegekonferenz ein. Natürlich werden Betreuer/Angehörige bei allen Entscheidungen zu Hilfsmitteln, besonderen Angeboten, Medikation, ethischen Fragen und so weiter hinzugezogen. Manchmal möchten sie mit dem neurologischen Facharzt bei der Pflegevisite sprechen. Angehörige und Betreuer sind jederzeit in Haus Schwansen willkommen und manches Mal sind sie die Experten, die uns in der Begleitung der Kranken beraten.

2.2.2.9 Rahmenbedingungen

Finanzielle Ausstattung

Haus Schwansen als eine auf die Pflege von Menschen mit Demenz spezialisierte stationäre Pflegeeinrichtung hat zwei



verschiedene Leistungsbereiche, für die jeweils gesonderte Leistungsvereinbarungen abgeschlossen wurden: die allgemeine Geriatrie und die besondere Dementenbetreuung, In der besonderen Dementenbetreuung werden Menschen mit herausforderndem Verhalten betreut, die nach definierten Kriterien in die speziellen Wohngruppen aufgenommen werden. Für diesen Personenkreis ist ein höherer Pflegesatz vereinbart.

Die wirtschaftliche Steuerung, also die Budgetplanung und die monatliche Ergebnisüberwachung, mit der damit verbundenen Belegungssteuerung ist unabdingbar. Wesentliche Aspekte dabei sind eine Personaleinsatzplanung auf Grundlage der vereinbarten Personalschlüssel, die Anpassung des Personaleinsatzes bei Belegungsschwankungen und die Erschließung weiterer Möglichkeiten, wie zum Beispiel der Einsatz von zusätzlichen Betreuungskräften nach

§ 87b SGB XI, von Ehrenamtlichen sowie zusätzliche und flankierende Angebote.

Wichtig es ist, die wirtschaftliche Situation transparent zu machen: Bei den monatlichen Mitarbeitervollversammlungen wird daher immer auch die wirtschaftliche Entwicklung thematisiert. Auf diese Weise entsteht im Team ein Bewusstsein für schwierige Situationen und es bringt Lösungsideen ein. Sich abzeichnende Entwicklungen werden sensibel wahrgenommen und kommuniziert.

In der Zusammenarbeit mit Prüfinstanzen wie der Heimaufsicht und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) erweisen sich eine differenzierte Konzeption und die Leistungs- und Qualitätsbeschreibung als sinnvoll. Die sorgfältige Dokumentation sowie ein gut beschriebenes Qualitätsmanagementsystem sind dabei hilfreich.



Materielle Ausstattung

Bei der materiellen Ausstattung wird ein besonderes Augenmerk auf die Bewegungseinschränkungen der Bewohner/-innen gelegt. Ziel ist es, die Mobilität so lange wie möglich zu erhalten, zum Beispiel durch den Einsatz spezieller Gehwagen. Umgebungswechsel auch in der Schwerstpflege sicherzustellen, das ermöglichen Pflegerollstühle, Bewegungstücher, Transferbretter und Schaukeln. Klingelmatten und Trepenschutzgitter sind hilfreich bei der Sturzprophylaxe, eine Kontaktschleife – ein Mikrochip im Schuh löst Alarm aus – schützt Bewohner/-innen, die die Einrichtung mit individuellem Ziel verlassen möchten. Schutz und Sicherheit bieten zudem unser großer, abwechslungsreicher Garten mit Rundweg sowie ein extra ruhiger Raum, die Insel, wo Schwerstpflegebedürftige vormittags und nachmittags zusammengeführt werden und bei schönem Wetter den Garten nutzen können.

Fazit

- *Eine transparente Unternehmensführung, bei der die wirtschaftliche Situation und Entwicklung monatlich thematisiert wird, stärkt den Zusammenhalt der Mitarbeiter/-innen auch in wirtschaftlich schweren Zeiten.*
- *Um eine möglichst langfristige Mobilität der Bewohner/-innen zu gewährleisten, sollten bei der materiellen Ausstattung die Aspekte Sicherheit, Schutz und Prophylaxe im Vordergrund stehen.*

2.2.3 KRONE – Die Menschen in Haus Schwansen

Die Krone bildet mit ihren Ästen das Milieu mit Gemeinsamkeiten, Aktivitäten, Begleitung in guten und in schlechten Zeiten, in dem Angehörige willkommen sind und uns mit ihrer Kompetenz im Wissen über den Pflegebedürftigen unterstützen können. Deshalb symbolisiert die Krone alles, was in Haus Schwansen dazu beiträgt, eine angenehme Atmosphäre



für die Bewohner/-innen, aber auch für Angehörige und Mitarbeiter/-innen zu schaffen.

2.2.3.1 Bewohner/-innen

Im Haus Schwansen machen wir deutlich, dass es uns um die Menschen geht, die sich uns anvertrauen beziehungsweise die uns anvertraut sind. Sie stehen immer im Mittelpunkt Die Bewohner/-innen in der letzten Lebensphase mit allen Schwierigkeiten so zu begleiten, dass sie immer wieder Lichtblicke, Freude, Wohlbefinden, Nähe, Zuwendung empfinden, ist unser Ziel. Deshalb legen wir besonderen Wert auf einen respekt- und vertrauensvollen, offenen Umgang – ein Milieu, in dem sich unsere Bewohner/-innen aufgehoben und wertgeschätzt fühlen.

Milieu ist die Gesamtheit der natürlichen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Gegebenheiten, die auf einen Menschen, eine Schicht oder eine soziale Gruppe wirken. Unser Denken, Werten und Entscheiden wird beeinflusst durch Erfahrungen, Menschen und Umgebung. Das Milieu soll für die Menschen in deren Betreuung kommunikationsfördernd, therapeutisch, kompensierend und prothetisch gestaltet sein. Milieuthérapie¹⁵ hat das Ziel, den Bewohnerinnen und Bewohnern zu helfen, früher vorhandene, aber verlorene Fähigkeiten und Fertigkeiten neu zu entwickeln, sie in sicherer Umgebung auszuprobieren, zwischenmenschliche Beziehungen aufzunehmen und das Selbstwertgefühl zu steigern. Das Milieu ist immer wirksam, seinem Einfluss kann sich kein Mensch entziehen. Es kann ihn positiv und negativ beeinflussen, es kann auf ihn förderlich oder hinderlich wirken. Das Milieu eines Heimes hängt von vielen Faktoren ab: Infrastruktur, Lage,

¹⁵ Vgl. Graber-Dünow, Michael: Milieuthérapie in der stationären Altenhilfe. Brigitte Kunz Verlag, Hagen 1999.



Größe, Ausstattung, räumliche Gestaltung, Pflegephilosophie, Organisationsstruktur, therapeutisches Angebot, geselliges Angebot, Beziehungsstrukturen zwischen Bewohnern, Mitarbeitern und Angehörigen, Kommunikationsstruktur, personelle Ausstattung, Tagesablaufgestaltung, kulturelle Angebote, Bewohnerstruktur, hauswirtschaftliche Versorgung, Bezug zum Gemeinwesen.

Die Ausstattung im Haus Schwansen mit alten Möbeln, z.B. Radio Marke „Löwe Opta“, die Standuhr, das alte Büffet in der Wohnküche, jahreszeitliche Gestaltung mit Utensilien, die zum Tun anregen, wie im Spätsommer Tisch mit Entsafter, Siebe, Einmachgläser usw, bilden eine Umgebung, in der Bewohner/innen sich zuhause fühlen können.

Die Wohnküchen sind gemütlich gestaltet mit Blumenschmuck, Tischdeckchen, Zeitschriften wie daheim. Bewohner/innen sitzen bei den Mahlzeiten möglichst so zusammen, dass wenig Stress entsteht durch unterschiedliche Verhaltensweisen.

Mit gemeinsamen Ritualen wie Gong vorm Mittagessen usw. wird der Tag strukturiert. Mitarbeiter/innen übernehmen die Gastgeberrolle und so entsteht das Gefühl eingebunden und aufgehoben zu sein.

Das Essgeschirr entspricht den Anforderungen der Menschen mit Demenz. Es ist weiß mit einem leuchtend roten Rand um es deutlich wahrzunehmen. Das Essen wird wie zuhause in Schüsseln gereicht. Ein Tablettssystem wäre für diese Bewohnergruppe völlig unverständlich und unpersönlich.

2.2.3.1.1 Angebote, Aktivitäten, Atmosphäre

Offene Türen

Soweit es möglich ist, gilt eines unserer Grundprinzipien, nämlich offene Türen, für alle Bewohner/-innen. So hat die Pflegedienstleitung, wenn die Tür geöffnet ist, gerne Besuch von einer Bewohnerin, die dort bei „ihrem Freund“ im Sessel



sitzt und ihm bei der Arbeit zuschaut oder manchmal auch in eine Wolldecke eingehüllt einnickt. In der Verwaltung holen sich Bewohner/-innen ein Stück Schokolade ab, sprechen über Sorgen oder erhalten Auskünfte. In den Dienstzimmern sitzen bei den Übergaben häufig Bewohner, die sich dabei sichtlich wohlfühlen. Ein ehemaliger Unternehmer protestierte in dem Moment, als die Kollegen ihre Dokumentation abzeichnen wollten: „Wenn hier einer unterschreibt, bin erst mal ich das!“ Die Kollegen legten ihm ebenfalls „Unterlagen“ zur Unterschrift vor, sodass „alles seine Ordnung“ hatte. Auch eine ehemalige Ordensschwester, die ihr Berufsleben lang Verantwortung in der Pflege getragen hatte, war steter Gast im Dienstzimmer.

Biografie

Der Mensch erlebt seine Umgebung stets selektiv und subjektiv, das ist seine eigene Wirklichkeit. Erinnerungen an bedeutende Personen, an Ereignisse unterliegen einem Wandel. Erinnerungen sind nicht einfach reproduzierte Erlebnisse. Je nach augenblicklicher Situation erhält ein zurückliegendes Ereignis eine andere emotionale Bewertung und somit Bedeutung für den Menschen. Die Lebensgeschichte ist daher nichts Starres, sondern ein sich bewegender Erinnerungsstrom, in dem immer neue Erinnerunginseln auftauchen. Es ist das „innere Erlebnis“, das den Lebenslauf schreibt. Der innere Sinnzusammenhang, nicht nur der äußere Ablauf der Ereignisse prägt den Menschen. In dem „Er-innern“ finden wir es wieder.

Auch schwerstkranke, alte, demente Menschen gewinnen sozialen Einfluss und Verbundenheit, wenn wir um ihren Lebenshintergrund wissen und ihn respektieren können. Insbesondere für verwirrte Menschen hat die Lebensgeschichte eine besondere Bedeutung, da sie sich aus den verschiedensten Gründen in die Vergangenheit zurückziehen. Indem



wir Bezug auf ihre jeweilige Biografie nehmen, fällt es uns leichter, sie in ihre Vergangenheit zu begleiten.

Beispiel: „Schwester Ida“ ehemalige Krankenschwester, geht mit schnellem Schritt über den Flur; immer wieder blickt sie um sich, hält kurz inne, rückt Stühle zurecht, lächelt Bewohnerinnen und Bewohnern aufmunternd zu, tröstet Verzweifelte, sammelt Gummihandschuhe ein und legt sie unter ihre Bettdecke. Natürlich ist sie bei den Übergaben zugegen und macht kleine Anmerkungen. Sie ist in ihrem Element als Krankenschwester. Wir haben von einer ehemaligen Kollegin erfahren, dass sie ihren Beruf mit viel Herzblut ausgeübt hat, sehr gewissenhaft und fleißig war. Mit diesen Kenntnissen können wir ihr Selbstbewusstsein unterstützen, indem wir sie ansprechen: „Sie sind mit Leib und Seele dabei. Eine ganz Fleißige. Ja, seine Arbeit muss man gewissenhaft tun.“ Schwester Ida strahlt und nickt.¹⁶

Zur Erfassung wichtiger Punkte der Biografie verwenden wir ein Biografiebilderbuch¹⁷, in dem Angehörige zu den einzelnen Lebensphasen nach Erikson¹⁸ Anmerkungen schreiben und Photos dazukleben. So haben wir eine genauere Vorstellung von der betreffenden Person.

Fazit

- *Demente Menschen verlieren zunehmend das Bewusstsein ihrer Identität. Durch das Ansprechen ihrer Wertvorstellungen, durch Bezugnahme auf die jeweilige Lebensgeschichte helfen wir ihnen, einen Teil*

¹⁶ Der Datenschutz ist durch die Störung im Kurzzeitgedächtnis berücksichtigt.

¹⁷ Biografiebogen der Pflege.Zeit Dokumentationssysteme GmbH.

¹⁸ Erik Erikson, 1902–1994, deutsch-amerikanischer Psychoanalytiker, entwickelte das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung.

ihrer Identität zu erleben, und sie fühlen sich wertgeschätzt.

Aktivitäten

Eines der menschlichen Grundbedürfnisse ist die Selbstverwirklichung, das heißt, das zu tun, worin wir einen Sinn sehen! Dies sollte wenn möglich auch den Menschen mit Demenz zugestanden werden. Für uns mag es nicht sinnvoll sein, zum Beispiel immer wieder alle Sitzkissen von den Stühlen zu nehmen und auf dem alten Herd, der zur Erinnerung im Raum steht, zu stapeln. Aus Sicht des Kranken mit Verkennungen als Impuls zum Aufräumen aber mag es durchaus sinnvoll sein. Unsere Aufgabe ist es, die Aktivitäten zu unterstützen, die Kranken damit nicht zu konfrontieren, sondern sie zu akzeptieren und sie, nur wenn Leib und Leben in Gefahr sind, zu korrigieren. Wir können einige unruhige Bewohner/-innen nicht in Aktivitäten einbinden, sie suchen sich ihre eigenen Beschäftigungsmöglichkeiten. Unsere Aufgabe ist es, dafür die Umgebung zu schaffen, das bedeutet, dafür zu sorgen, dass die Umgebung Aufforderungscharakter zum Tätigwerden hat. Besen und Bürsten auf einem Bild als Tastelemente empfinden wir ebenfalls als ungewöhnlich, besser wäre es, Zusammenhänge zum Leben zu finden, also Bürsten in einen Schuhputzkasten zu legen und Besen und Kehrblech in die Ecke zu stellen, damit sie möglicherweise vom Bewohner als biografische Elemente wiedererkannt werden.

Andere Bewohner/-innen entwickeln weniger Eigeninitiative und benötigen Anleitung. Dabei muss die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden. Aktivitäten anzubieten, die ihre Fähigkeiten unterstützen – etwa handwerkliche, hauswirtschaftliche und künstlerische Angebote –, hat folgende Ziele:



- Erfolgserlebnisse vermitteln . Selbstbestätigung erfahren
- Selbstvertrauen gewinnen . Kommunikation fördern
- Gemeinschaft erleben . Lebensfreude erhalten
- Selbstständigkeit fördern . Entscheidungsfähigkeit üben
- Verantwortung übernehmen . emotionale Entlastung erfahren
- Identität stiften



Beschäftigungsangebote müssen Bezug zum jeweiligen Bewohner haben. Es ist vielleicht für einen Demenzkranken, der Landwirt war, nicht sinnvoll, Fensterbilder zu basteln, aber es mag sinnvoll sein, Körbe zu flechten oder einen Schal zu weben.

Fazit

- *Die Umgebung der Menschen mit Demenz sollte so gestaltet werden, dass sie vielfältige Möglichkeiten zur Beschäftigung bietet, da nicht alle gruppenfähig sind oder sich ganz eigenwillige Tätigkeiten suchen. Fortbildungen und Arbeitsgruppen erhöhen die Akzeptanz*



der Mitarbeiter/-innen und ermöglichen ein einfühlsames Verstehen.

Der Garten

Ein schön gestalteter Garten bietet einen Übergang zur umgebenden Natur. In der Absicht, einen wohltuenden Raum für Menschen mit Demenz zu schaffen, haben wir uns in Haus Schwansen an den besonderen Bedürfnissen unserer Bewohner/-innen orientiert. Der Garten sollte so gestaltet werden, dass er möglichst viele Sinne aktiviert. Ein großer Freiraum bietet Möglichkeiten zur aktiven Beschäftigung und zum pas-



siven Erleben und Genießen. Ein anregender Garten, der Bewohner/-innen, Besucher/-innen und Betreuer/-innen zum Verweilen, Kommunizieren und Erforschen einlädt und auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Gartenbenutzer abgestimmt ist, kann quälende Gefühle wie Verzweiflung, Ängste und Unsicherheit reduzieren.

Beim Gang durch den Garten werden Jahreszeiten wahrgenommen und Erinnerungen wach. Die Wegeführung gestattet sowohl Abkürzungen als auch das Zurücklegen weiter Distanzen, je nach körperlicher Verfassung und individuellem Bewegungsdrang. Gartenbänke laden zur Pause und Besinnung ein. Die Wege führen in Schleifen an den jeweiligen Sinnesbereichen – Schmecken, Riechen, Tasten, Hören, Sehen – vorbei. In einer Laube können die Bewohner/-innen im Halb-



schatten sitzen und aus einer Nische heraus alles beobachten. Ein Teich, ein Steingarten, ein Hochbeet, eine Kräuterspirale, Beerenfrüchte können sinnlich wahrgenommen werden.

Menschen mit Demenz wollen etwas Sinnvolles tun, aktiv sein, gestalten und genießen – entsprechend vielfältig ist das Angebot. Aktive und auch passive Beschäftigung mit Pflanzen wirken entspannend. Freiräume, die entsprechend geplant und gestaltet sind, altersbedingte Beeinträchtigungen auszugleichen und Fähigkeiten zu verstärken, sind sehr geeignet und so werden Beweglichkeitsdefizite, Krankheit und Schmerz leichter vergessen.

Die Gartenbenutzung unterstützt den Aufbau und die Pflege der sozialen Kontakte aller Menschen in unserer Einrichtung: der Bewohner/-innen, Angehörigen und Mitarbeiter/-innen. Der Garten wird damit zum Lebensbestandteil/-inhalt für alle Beteiligten.

Fazit

- *Ein Garten ist besonders für Menschen mit Demenz, die immer wieder von Zweifeln, Ängsten, Sorgen getrieben sind, ein gutes Ventil – die Wege abzulaufen, von der inneren Befindlichkeit abgelenkt zu sein, durchzuatmen. Es ist einfacher, wenn die Wege immer wieder zum Eingang führen und keine weitere Öffnung nach außen die Bewohner/-innen irritiert.*

Jahreszeitliche Dekoration

Zum Wohlbefinden und um sich Zuhause zu fühlen, zur Orientierung sowie zur Anregung der Bewohner/-innen spielt die Umgebungsgestaltung eine entscheidende Rolle. Sie soll möglichst Bezug zu den Menschen haben, die hier leben, So ist Haus Schwansen auch mit alten Möbeln und Utensilien ausgestattet: eine alte Nähmaschine, ein alter Herd, die alte



Standuhr, das Radio von Löwe Opta, Schallplatten und so weiter. Die jahreszeitliche Gestaltung wird von der Ergotherapeutin und den Wohngruppen übernommen. In den Fluren stehen dazu Rundbögen, an den Wänden Blumengitter zur Verfügung: Die Bögen und Gitter können je nach Jahreszeit dekoriert werden, in der Karnevalszeit mit Luftschlangen und Masken, mit Osterschmuck, mit Rosen im Sommer, Hopfen im Herbst, Tannenzweigen im Winter. So sieht jeder Wohnbereich unterschiedlich aus.

Beispiel: Zu Beginn der Adventszeit gibt es in den Fluren und in den Betreuungsgruppen zunächst nur Tannengrün, eventuell noch rote Äpfel und Adventskränze, dann – langsam zunehmend – kommen wöchentlich Sternchen und Kugeln hinzu. Heiligabend vormittags werden die Tannenbäume in den Gruppen geschmückt und ab dem frühen Nachmittag beginnt das Fest.

Musik und Gesang

Während der Demenzerkrankung muss der Patient zunehmend erleben, dass er den Alltag immer weniger bewältigen kann. Der allmähliche Verlust der Sprache ist eine besonders schwerwiegende Erfahrung. Musik als zusätzliche, sprachunabhängige Kommunikationsebene bleibt Dementen fast bis zum letzten Krankheitsstadium zugänglich. Die Musik erreicht tiefe Schichten des Gehirns – das limbische System, das während der Demenz noch verhältnismäßig wenig vom Abbau betroffen ist. So hat die musikalische Begleitung eine besondere Bedeutung. Wir erleben, dass Menschen auch in weit fortgeschrittenen Phasen der Demenz davon berührt werden. Musik bietet bei dieser Krankheit vielfältige Kompensationsmöglichkeiten kommunikativer und weiterer Defizite: Sie ist emotionalisierend durch die Melodie, hat ordnende, strukturierende Eigenschaften durch den Rhythmus, sie ist erinnerungsauslösend, kreativitätsfördernd, vergemeinschaftend,



fördert Interaktion und kann somit Körper und Seele in Bewegung bringen.¹⁹

Im Haus Schwansen ist Musik der tägliche Begleiter:

- um 9.45 Uhr für 15 Minuten, um das Frühstück zu beenden und mit einem ritualisierten Lied mit der „Arbeit“ – Beschäftigungstherapie – zu beginnen,
- nach dem Gong um 12.00 Uhr zu Beginn des Mittagessens mit einem ritualisierten Lied, in dem der Küche und Gott für das Essen gedankt wird,
- zum Kaffee erklingt manchmal Wiener Kaffeehausmusik,
- zwischendurch, der Stimmung angepasst, sind traurige oder lustige Lieder zu hören,
- traditionell zu Jahreszeitenfesten und zu Geburtstagen,
- therapeutisch, einmal in der Woche vormittags, für jede Betreuungsgruppe mit einer Musiktherapeutin oder dazu ausgebildeten Mitarbeitern des Hauses,
- in der Einzeltherapie mit der Musiktherapeutin,
- beim Volksliedersingen alle 14 Tage montags,
- beim Tanzcafé am Mittwoch,
- beim Sitztanz am Donnerstag,
- bei der Abendstimmung dienstags und donnerstags von 18.30 bis 19.30 Uhr,
- einige werden mit Abendliedern zu Bett begleitet,
- beim Abschiednehmen eines verstorbenen Bewohners wird dessen Lieblingslied gesungen.

In den Gruppen stehen Musikinstrumente zur Verfügung. Auch der Pflegedienstleiter hat im Büro eine Gitarre an der Wand hängen und nimmt manchmal unruhige Bewohner/-innen mit ins Büro und geht musikalisch auf ihre Stimmung ein. Manche schlafen danach dort im gemütlichen Sessel ein.

¹⁹ Vgl. Muthesius, Dorothea: Musikerfahrungen im Lebenslauf alter Menschen. Vincentz Network, 1997



Tanz

Das Tanzen, ob zu zweit oder in kleinen Gruppen, verbessert die Körperwahrnehmung, das Körpergefühl, es erhält die Beweglichkeit und fördert die Lebensfreude. Dies sind therapeutische Ziele. Tanzen ist eine Paar- oder Gruppenaktivität ohne feste Führungsrolle; alle Partner können einander gleichgestellt sein. Es gibt Tänze unterschiedlicher Schweregrade, die sich jeweils auf bestimmte Patientengruppen abstimmen lassen. Auch im Rollstuhl kann mitgetanzt, geschunkelt werden, der Rollstuhl wird vor- und zurückgedreht wie ein Tanzpartner. Beim Tanz kommt es zu einem Gefühl des Einbezogen- oder sogar Mitgerissenwerdens. Er beseitigt oder mindert Gefühle des Ausgeschlossenenseins. Mehr als bei der Bewegungstherapie geht es hier um die Förderung sozialer Kompetenzen in spielerischer Form, vor allem knüpft er an alte Erfahrungen an. Es entsteht ein wertvolles Wir-Gefühl, weil die Defizite bei dieser Art von Tätigkeit nicht so augenscheinlich sind und von der Gesamtgruppe mitgetragen werden können. Sitztänze eignen sich besonders für Menschen, die nicht mehr stehen oder gehen können. Balanceübungen scheinen uns für diese Betreuungsgruppe nicht adäquat, da diese Kranken den Sinn nicht erkennen können.

Fazit

- *Menschen mit Demenz musikalisch im Alltag zu begleiten führt einerseits zu mehr Wohlbefinden, andererseits erfüllen wir damit verschiedene Prophylaxen wie Sturz-, Hospitalismus-, Pneumonie- und Kontrakturrenprophylaxen.*

Feste und Kultur

Feste haben innerhalb der Kultur einer Einrichtung eine bedeutende Funktion. Sie bieten Orientierung, durchbrechen die



tägliche Routine, wecken Erinnerungen. Ein würdevoller Rahmen mit festlicher Kleidung, einer Ansprache in der die Gäste begrüßt werden, Menükarten, einem traditionellen, genussvollen Essen, das feierlich von der Küche serviert wird, zeichnet die Feste aus.

In Haus Schwansen ist Musik und Gesang die tragende Säule. In der Geborgenheit der Gruppe löst sich so manche Hemmung. Die Feste werden abwechslungsreich gestaltet, sodass sich möglichst viele angesprochen fühlen. Sie haben einen strukturierten Verlauf, dürfen nicht mit Aktivitäten überladen sein, denn Demenzkranken fällt es schwer, viele Eindrücke aufzunehmen und zu filtern. Die Mitarbeiter/-innen verbreiten keine Hektik, sie sorgen für angemessene Pausen. Wichtig ist es, immer wieder die Befindlichkeit der Bewohner/-innen im Blick zu behalten und sie aus der Runde herauszubegleiten, wenn es ihnen zu viel wird. Die Dekoration wird möglichst aus Naturprodukten hergestellt – vieles kommt aus dem eigenen Garten. Sie darf nicht überladend sein oder erdrückend wirken. Blumen allerdings gibt es außer im Winter immer in Hülle und Fülle.

Der Jahresrhythmus ist gekennzeichnet durch diverse Ereignisse und Feste:

- Besuch der Sternsinger
- Rosenmontag mit Verkleiden, Singen und Tanzen
- Aschermittwoch mit Rollmopsessen
- Ostern mit Ostereiersuche
- 1. Mai mit Waldmeisterbowle; der wird vorher im Wald gesucht
- Erdbeerenpflücken im Juni
- Sommerfest mit Tanz
- Oktoberfest mit Weinprobe
- Jahresfest des Hauses Schwansen
- Laternenfest mit den Kindern der Mitarbeiter/-innen
- Jahresrückblick mit Erinnerung an die



verstorbenen

Bewohner/-innen

- Advents- und Weihnachtsfeiern
mit Konzerten,
Krippenspiel, Lucia-Singen
- Heiligabend
- Silvesterfeier

Beispiel: Silvester 2009. Nach dem Abendessen zeigten wir einen Klassiker der Filmgeschichte: „Dinner for One“. Bei einigen Bewohnern weckte er lustige Erinnerungen, andere konnten den Witz nicht verstehen. Nach einer Pause und Umgestaltung des Raumes teilten wir Liederbücher aus und sangen unter anderem Schunkellieder, die die Pflegedienstleitung auf der Gitarre und der Mundharmonika begleitete. Auch das Küchenpersonal sang temperamentvoll mit. Danach wurde für jeden Bewohner Blei gegossen und die Zukunft gedeutet. Der Pflegedienstleiter unterstützte die Bewohner/-innen humorvoll in der Deutung. Eine besonders feierliche Atmosphäre entstand, als wir das Licht löschten und die Feuerzangenbowle mit Wunderkerzen zum Ausklang des Festes hereintrugen. Die Mitarbeiter/-innen achteten die ganze Zeit über auf die Befindlichkeit der Bewohner/-innen. Wer müde war, wurde zu Bett begleitet.

Ernährung

„Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen“, heißt es im Volksmund. Hier wird deutlich, dass auch die Seele miteinbezogen ist, zum Beispiel durch die Atmosphäre, die bei Tisch herrscht. Wir bieten in Haus Schwansen gemeinsames Essen an, das heißt, auch die Mitarbeiter/-innen essen mit, sie sind quasi die Gastgeber/-innen, die zum Essen einladen. Die Küche bringt die Speisen in kleinen Schüsseln auf die Tische, so kann gleich nachgereicht werden, falls ein Bewohner in seiner Verkennung die Schüssel nimmt und daraus isst – das Verhalten muss nicht korrigiert werden. Es ist ein therapeuti-



sches Essen, Veränderungen des Essverhaltens werden so-

fort bemerkt, etwa wenn jemand nicht mehr mit dem Besteck umgehen kann oder nicht genug isst und trinkt. Je nach Tagesform kann dem/der Bewohner/-in unauffällig Hilfe angeboten und sich anbahnende Konflikte können dadurch verhindert werden, denn manche haben vergessen, wie man isst und trinkt.

In der Tischgemeinschaft sind die Mitarbeiter/-innen Vorbild und durch Nachahmung können vergessene Abläufe wachgerufen werden. Einige Bewohner/-innen benötigen einen ersten Impuls, das bedeutet eine geführte Bewegung, und sie essen dann alleine weiter. Es kommt auch vor, dass zwei Bewohnern abwechselnd das Essen gereicht wird, insbesondere wenn sie viel Zeit für die Nahrungsaufnahme benötigen. Für die Kranken ist das gemeinsame Essen vorteilhaft, jedoch für die Mitarbeiter/-innen nicht immer ein Vergnügen, denn ihre eigenen Normen und Wertvorstellungen können nicht berücksichtigt werden. Sie gewinnen dadurch aber mehr Zeit, als wenn sie vielen Bewohnern das Essen in den Zimmern reichen würden. „In Gesellschaft schmeckt es besser“, das macht sich deutlich am Ernährungszustand der Kranken bemerkbar.

Fazit

- *Durch hohe Akzeptanz, manchmal fernab von unseren Normen und Vorstellungen, entsteht Vertrauen der zu betreuenden Menschen, sie lassen sich eher auf Einladungen zum Essen und Trinken ein.*
- *Essen Bewohner/-innen und Mitarbeiter/-innen gemeinsam, werden Veränderungen im Verhalten wie Unsicherheit, Appetitlosigkeit, Vorlieben von Speisen und Getränken konkret beobachtet und entsprechend wird interveniert. Die Demenzkranken fühlen sich nicht alleine gelassen, bleiben eher bei Tisch sitzen und ge-*



nießen das Miteinander.

Gottesdienst

Von Anfang an gibt es eine enge Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde vor Ort. Einmal im Monat kommt der Pastor ins Haus und hält in ruhiger und angenehmer Atmosphäre einen Gottesdienst ab, der ganz auf unsere Bewohner/-innen abgestimmt ist: kurze Lesungen, bekannte Kirchenlieder, die Liturgie, wie sie die Menschen noch kennen, und selbstverständlich trägt der Pastor einen Talar. Er wird von Kollegen im Haus in der Vorbereitung und Durchführung der Gottesdienste unterstützt. Sie sind ganz wichtig für viele der uns anvertrauten Menschen und fester Bestandteil im Ablauf der Modelleinrichtung.

Taizé

Um den spirituellen Bedürfnissen auch in der späten Phase der Demenz adäquat zu begegnen, wurde vor Jahren für die Menschen in der Inselgruppe eine Taizé-Andacht eingeführt. In diesem Krankheitsstadium wird das gesprochene Wort oft nicht mehr verstanden, während Musik unserer Beobachtung nach positive Reaktionen auslöst. Über einen Altenpflegepreis, der nach Irland ging, stießen wir auf Taizé-Andachten für Menschen mit Demenz.

Taizé ist ein Wallfahrtsort für Jugendliche in Südfrankreich. Die Ordensbrüder verstehen Taizé als einen Ort der Versöhnung zwischen christlichen Gruppierungen der Ostkirche mit der katholischen und protestantischen Kirche. Bekannt ist er für seine charakteristischen Gesänge, die in vielfacher Wiederholung gesungen werden: einstrophig – kurz, in schlichtem oder gar einfältigem Satz, oft vierstimmig oder kanonisch. Die meisten dieser Gesänge wurden ab dem Jahr 1975 von Jacques Berthier, einige von Joseph Gelineau, einem französischen Jesuiten, und die meisten neuen Lieder von



Brüdern der Kommune komponiert. Die Texte basieren in der Regel auf einer Bibelstelle und sind in Latein oder in den ver-

schiedensten europäischen Sprachen verfasst. Für viele Gesänge gibt es Begleitstimmen für Instrumente. Taizé-Gesänge sind in Gottesdiensten christlicher Gemeinden in Österreich, Deutschland und der Schweiz zu hören, im Handel sind Gesangbücher und CDs erhältlich.

In den Taizé-Andachten, die vierwöchentlich von zwei Mitarbeiterinnen gestaltet werden, ist der Raum mit vielen Kerzen geschmückt, die roten Taizé-Farben finden sich in den roten Gardinen wieder. Die Mitarbeiterinnen singen Taizé-Lieder, die eher einen meditativen Charakter haben, währenddessen werden die Hände der Bewohner/-innen mit Rosenlotion massiert, sanft werden also die Sinne angeregt. Wir beobachten, ob es dem Bewohner in diesem Moment guttut, reichen ihm zwischendurch vielleicht ein Getränk und merken, dass der Tonus sich entspannt, das Trinken leichter fällt.

Regelmäßig kommen auch einige Angehörige, um diesen meditativen Moment mit zum Beispiel ihrer Mutter gemeinsam zu erleben. Eine ehemalige Angehörige unterstützt die Kolleginnen, die diese Andacht ehrenamtlich anbieten. Andere Kollegen aus dem Haus und die Heimleitung sind gern dabei, wenn die Zeit es ihnen erlaubt. Die Wirkung eines solchen Beisammenseins ist für alle sehr berührend.

Fazit

- *Taizé-Gesänge führen durch Wiederholungen zur Entspannung, sie sprechen eventuell das spirituelle Bedürfnis an und erreichen auch die Menschen in der letzten Phase der Demenz emotional.*

2.2.3.1.2 Angepasste Betreuungsgruppen

Um den Bedürfnissen der Menschen je nach Ausprägung der Demenz gerecht zu werden, hat sich Haus Schwansen zu-



nehmend spezialisiert. So sind weitgehend homogene Betreuungsgruppen entstanden, die unterschiedliche Milieus erfordern.

Große Gruppe

In der Großen Gruppe mit 26 Menschen, die hier zusammengeführt sind, leben Kranke, die sich leiten lassen, die gruppenfähig sind. Diese Gruppe kennzeichnet eine ritualisierte, aber ab-wechslungsreiche, bewegte Tagesstruktur. Wechselnde Betreuungspersonen bringen jeweils eigene Schwerpunkte in die ritualisierten Abläufe ein. Eine Beschäftigungstherapeutin sorgt für zusätzliche Betätigungen und bietet eine Differenzierung in Untergruppen an. Die Mahlzeiten werden in unterschiedlichen Tischgemeinschaften je nach Unterstützungsbedarf eingenommen. Die Bewohner, die in der Großen Gruppe ihre Tagesstruktur erhalten, müssen die Reize, die von außen auf sie einwirken, nicht als störend empfinden. Ein gewisses Maß an räumlicher Orientierung muss für sie vorhanden sein.

Wohngruppen

In zwei weiteren Wohngruppen mit jeweils zwölf Plätzen für Bewohnerinnen und Bewohner mit herausforderndem Verhalten werden Menschen mit Sekundärsymptomen der Demenz – Frontotemporale, Lewy-Body-Demenz oder Demenz gemischt mit psychiatrischen Krankheitsbildern – zusammengeführt und finden in einem anregenden Umfeld eine eigene Beschäftigung. Bevor wir jemanden in diese Wohngruppen aufnehmen, haben wir seine kognitiven Fähigkeiten mithilfe der modifizierten Cohen-Mansfield-Skala dokumentiert und seine kognitiven Defizite im Mini-Mental-Status-Test erkannt. Die Mitglieder dieser Wohngruppen verhalten sich häufig wie folgt:

- Sie fragen oder reden ständig.
- Sie geben vokale Laute von sich.
- Starke Verkennungen führen etwa dazu, dass sie sich nicht essbare Dinge einverleiben.



- Sie weisen ein ungewöhnliches Essverhalten wie etwa Spucken auf.
- Häufig transportieren und räumen sie Dinge von einer Stelle zur anderen.
- Sie sind von Unruhe getrieben und „wandern“.

In diesen Wohngruppen kann es vorkommen, dass Bewohner/-innen im Laufen essen und trinken, hin und wieder muss eine Pflegekraft ihnen in der Bewegung das Essen reichen. Eine wichtige Funktion hat die Präsenzkraft, die den Bewohnern jederzeit Orientierungshilfe bietet. Auch noch so kleine Restfähigkeiten und für uns nicht immer nachvollziehbare Handlungsweisen werden individuell unterstützt, gefördert und als sinnvoll betrachtet. Die Tagesstruktur findet nach dem Normalitätsprinzip in einer großen Wohnküche statt, die Bewohnerzimmer liegen darum herum.

Insel

Immer wieder wurde beobachtet, dass Menschen in der letzten Lebensphase der Demenz andere Bedürfnisse haben, die in den oben genannten Gruppen nicht befriedigt werden konnten. So entschlossen wir uns 2002 eine weitere Betreuungsgruppe für Menschen in der letzten Phase der Demenz zu eröffnen, die Insel. Diese Kranken sind ihrer Umgebung schutzlos ausgeliefert.

- Die selbstständige Lebensfähigkeit ist aufgehoben.
- Bedürfnisse können nicht mehr adäquat geäußert werden.
- Der Bezug zum Körper wird undeutlich.
- Der körperliche Zustand wird insgesamt schwächer und instabiler.
- Gefühle werden über verbale Laute, Gestik, Mimik und Körperhaltung ausgedrückt.

In dieser Phase der Demenz benötigen die Kranken vollständige Begleitung.



Die Bewohner/-innen, die in der Insel vormittags und nachmittags zusammengeführt werden, behalten weiterhin ihre Zimmer mit privater Ausstattung. Den Bedürfnissen und der Würde dieser Menschen in der letzten Krankheitsphase angemessen gerecht zu werden setzt eine hohe Qualifikation der Pflegenden für diese anspruchsvolle Aufgabe der palliativen Versorgung voraus.

Die **BEWEGUNGSFÄHIGKEIT** ist zunehmend eingeschränkt:

- Einfachste Bewegungsabläufe gelingen oft nicht mehr.
- Aufrechtes Sitzen wird durch fehlende Muskelkraft, schlaffen oder hohen Muskeltonus schwierig.
- Der Kopf kann möglicherweise nicht mehr allein gehoben werden.
- Durch neuronale Läsionen können Veränderungen des Körperbildes auftreten, Sehnen verkürzen sich, manchmal entsteht eine embryonale Haltung.
- Das Gleichgewicht ist gestört.
- Extremitäten und/oder Gesichtsmuskeln zucken rhythmisch oder arrhythmisch.
- Bewegungsunruhe kann auftreten.

WAS KÖNNEN WIR TUN?

Im Haus Schwansen vertreten wir die Meinung, dass Fortbewegung beziehungsweise Bewegung wichtig ist. Bettlägerigkeit wollen wir vermeiden.

- Anregung des Gleichgewichtsorgans durch eine Schaukel, um Schwindel und Übelkeit, die durch Unbeweglichkeit entstehen, zu verhindern
- Bewegungstuch im Liegesessel für schmerzfreie Bewegungen und Mikrobewegungen
- Förderung der Körpergrenzenwahrnehmung durch unterschiedliche Lagerungsmaterialien und Modellierung der Körperformen
- Fußbänke und Fußwärmepplatten (Fußpats)



SCHMERZEN entstehen durch

- Veränderungen des Körperbildes, etwa Schiefhaltung, durch Fortschreiten der Erkrankung in tieferen Schichten des Gehirns,
- Verkürzung der Sehnen und Bänder,
- Komprimierung der Organe,
- mangelnde Eigenbewegung.

WAS KÖNNEN WIR TUN?

In Absprache mit dem behandelnden Neurologen können Schmerzen gelindert werden. Versuchsweise werden Schmerzmittel verordnet. Die Behandlung von Schmerzen und Angst sind für uns wichtige Pfeiler der Pflege. Sie erfolgt durch

- besondere Beobachtung der Gestik, Mimik und des Verhaltens,
- Mikrobewegungen unter Beachtung der Schmerzgrenze,
- Fallbesprechungen bei Verdacht auf Schmerzen,
- angepasste Schmerzmittelgabe, beispielsweise Morphinpflaster, Antidepressiva, Antispastika und so weiter.

ERNÄHRUNGSPROBLEME können auftreten:

- Appetitmangel
- Verkennen von Nahrung und Getränken
- Vergessen, dass Essen und Getränke geschluckt werden müssen
- Schluckstörungen

WAS KÖNNEN WIR TUN?

Das Nahrungsangebot orientiert sich an den besonderen Bedürfnissen der Kranken, es ist unabhängig von den Essenszeiten. Alle wachen Phasen werden genutzt. Durch aufrechte Körperhaltung und geführte Bewegungen können noch vorhandene Ressourcen genutzt werden.



KOSTFORM ANPASSEN

- Ballaststoffreiche Kost, Frischkornmüsli, Obst, gesäuerte Milch, Pflaumensaft, Sauerkrautsaft
- Hauseigene Aufbaukost
- Pürierte Kost appetitlich arrangieren und je nach Nahrung trennen
- Getränke bei Bedarf andicken
- Gesichtsmassage, Massage der Speicheldrüsen, der Mundschleimhäute und des Zahnfleisches
- Zunge mit anregenden Substanzen wie Gurkenwasser benetzen, führt zur Wachheit und Aufmerksamkeit und lässt den Kranken wieder ein Stück Leben spüren

SONDENNAHRUNG VERABREICHEN

- Bei der Einführung einer PEG-Sonde wird der mutmaßliche Wille des Betroffenen ergründet.
- Sondenkost wird im Sitzen verabreicht.
- Wenn eine PEG-Sonde wegen Mangelernährung und Flüssigkeitsdefizits eingeführt wird, bieten wir weiterhin Essen und Getränke an.

HILFSMITTEL AUSWÄHLEN

- Strohhalm
- Spezialbecher
- Angepasstes Besteck

VERHALTEN

Mit dem Fortschreiten der Krankheit können Verhaltensänderungen auftreten wie

- Ängste durch Situationsverkennungen,
- eingeschränkte Sinneswahrnehmung,
- ammentielles Syndrom²⁰,

²⁰ Eine akute halluzinatorische Verwirrtheit mit Desorientiertheit, Ratlosigkeit, illusionärer Verkennung der Wirklichkeit und zusammenhanglosem Denken.



- übersteigerte Reizempfindlichkeit, Empfindlichkeit gegenüber Geräuschen und plötzlicher Berührung

Da der Kranke nicht mehr unterscheiden kann, ob Gefahr droht oder nicht, die Situation also nicht mehr deuten kann, äußert er sich über Klammern, Wimmern, Schreien.

WAS KÖNNEN WIR TUN?

Wir bieten eine geräuscharme Umgebung im geschützten Rahmen der Inselgruppe an.

- Vorsichtige Annäherung durch Ansprache und Berührung
- Leichte Massagen entlang der Arme und Beine
- Ausstreichen der Gliedmaßen
- Körper über der Kleidung in langen Streichbewegungen nachformen
- Behutsame passive Bewegungsübungen, um körperliche Identität, die durch Unbeweglichkeit verloren geht, zu vermitteln
- Kinaesthetische Transfers zur Unterstützung der Restfähigkeiten des Bewohners
- Vermeidung ruckartiger Bewegungen
- Mikrobewegungen

Sollten die pflegerischen Maßnahmen nicht ausreichen, werden nach Absprache Tranquilizer/Neuroleptika verabreicht.

AUFMERKSAMKEIT

Dem Betreffenden fällt es schwer, sich auf eine Sache zu konzentrieren. Die Wachheit verändert sich, der Kranke benötigt viel Zeit für alltägliche Verrichtungen, immer wieder schläft er ein.

WAS KÖNNEN WIR TUN?

- Wir sprechen die Betreffenden persönlich an.
- Wir schaffen eine ruhige Umgebung durch entsprechendes Verhalten der Mitarbeiter/-innen, damit



der/die Kranke nicht so leicht abgelenkt wird.

- Farbige Tücher, an der Decke angebrachte Mobiles verhindern Wahnvorstellungen, die entstehen, wenn nur eine weiße Decke zu sehen ist.
- Zum Be-tasten und Be-greifen werden Dinge wie Sandsäckchen, Erbsenkissen, weiche kleine Bälle angeboten.
- Von Zeit zu Zeit werden CDs mit Musik aus alten Zeiten (Hans Albers, klassische Musik, Entspannungsmusik, je nach Neigung) im Beisein der Mitarbeiter/-innen abgespielt oder sie summen oder singen dem Kranken etwas vor.
- Einmal im Monat bieten zwei Mitarbeiterinnen für diese Gruppe eine Taizé-Andachtsstunde an. Die Taizé-Gesänge mit ihren Wiederholungen scheinen uns sehr geeignet für diese Menschen im letzten Stadium der Demenz zu sein. Dabei werden die Hände mit Rosenöl massiert. Die Taizé-Farbe Rot bedeckt den Tisch, auf dem viele Kerzen brennen.

KOMMUNIKATION

Mit dem Fortschreiten der Krankheit ist der Mensch nicht mehr fähig, sich verbal adäquat zu äußern. Stattdessen murmelt er, gibt unklare Laute von sich oder spricht gar nicht mehr. Die Zeitspannen, in denen der/die Kranke nicht ansprechbar oder abwesend wirkt, nehmen zu.

WAS KÖNNEN WIR TUN?

- Beachtung der Gestik, Mimik, Körperspannung und Reaktion auf Geschehen
- Kommunikation über Berührung
- Verbale Erläuterung der Handlungen
- Befindlichkeit ansprechen

Pflegekräfte haben durch den störungsarmen Raum die Möglichkeit, sich den dort lebenden Menschen besonders intensiv zuzuwenden. Durch die Gestaltung der Insel wird das mut-



maßliche Wohlbefinden der Bewohner gefördert. Gestik, Mimik, Haltung und Körperspannung dieser Kranken sind das vorrangige Kommunikationsmedium.

Sterbebegleitung

Wenn wir den Eindruck haben, dass das Sterben näher rückt, setzen wir uns mit den Angehörigen in Verbindung und thematisieren den nahen Tod. Wir versuchen gemeinsam, herauszufinden, was für diesen Menschen in den letzten Stunden besonders hilfreich sein mag – Lieblingslieder, Lieblingsgedichte, Gebete. Das Wissen um bedeutende Aspekte aus der Lebensgeschichte, erleichtert diese Zeit. Zwei Mitarbeiterinnen, die speziell in der Sterbebegleitung ausgebildet sind, können auch in ihrer Freizeit angefordert werden, um die Bewohner/-innen zu begleiten. Angehörige haben die Möglichkeit, so lange und so oft vor Ort zu sein, wie sie es wünschen.

Beispiel: Irina Helmarig liegt im Sterben. Die Mitarbeiterin, die sie begleitet, ist ganz aufmerksam, um zu erspüren: Hat sie Angst, kämpft sie oder ist sie ruhig und entspannt? Zunächst ist Frau Helmarig noch sehr unruhig, mit den Augen scheint sie Halt zu suchen, die Atmung ist unregelmäßig. Die Mitarbeiterin nimmt Kontakt auf, legt die Hand unter ihre Hand, ohne sie festzuhalten, um zu spüren, ob die Sterbende überhaupt Körperkontakt möchte. Sie legt den Kopf auf das Kopfkissen, dicht an ihrem Ohr, dabei spürt und sieht sie, ob es Frau Helmarig recht ist. Sie spricht sie mit Irina an und versucht, im Takt mit ihr zu atmen, ihr langsames und regelmäßiges Atmen überträgt sich auf die Sterbende. Irinas Lieblingslied, ein russisches Lied von der Wolga, das die ehemalige Opernsängerin früher häufig lautstark sang, bringt sie teilweise leise singend oder summend mit ein. Bei der Mundpflege respektieren wir die Vorlieben der Bewohnerin: Frau Helmarig liebt Eierlikör, deshalb wird er auch jetzt zur Mund- und Lippenpflege benutzt. Worauf fällt ihr letzter Blick, egal auf



welcher Seite sie gelagert ist? Der Mitarbeiterin tut es gut, sich darüber Gedanken zu machen und entsprechend zu handeln. Sie versucht, Frau Helmarig Mut zu machen, weiterzugehen, nicht stehen zu bleiben, sich nicht mehr umzudrehen. Sie soll wissen, dass ihr Leben geordnet, dass alles geregelt ist. Gegen sechs Uhr in der Früh stirbt Frau Helmarig.

Wir fragen die Nichte, ob sie ihre verstorbene Tante mit waschen und anziehen möchte, was sie bejaht. Und sie sagt uns später, wie glücklich sie heute ist, ihr diesen letzten Liebesdienst noch erwiesen zu haben. Alles, was auch im Leben wichtig für das Aussehen gewesen war, ist jetzt angemessen. Dazu gehört ein türkisfarbenes Kleid mit Schleppe und Goldlitze, dazu passende Schuhe, Schmuck und die Uhr. Dinge, die im letzten Lebensabschnitt wichtig waren, werden ebenfalls dazugelegt, bei Frau Helmarig ist es ein Teddybär, den sie oft liebte.

Die Verstorbene wird in den Abschiedsraum gefahren und dort mit Blumen geschmückt. Der Abschiedsraum ist ein kleiner, angenehm beleuchteter Raum mit einem von unserer Beschäftigungstherapeutin bemalten Fenster, passenden Bildern, Kerzen, einer Duftlampe, einem Stuhl für Angehörige, einem CD-Player. Im Eingangsbereich zünden wir eine Kerze an, die drei Tage lang brennt. Daneben bringen wir einen Aushang an, der alle im Haus darüber informiert, dass Frau Helmarig in der vergangenen Nacht verstorben ist, und in dem wir den Zeitpunkt der Verabschiedung für die Mitarbeiter/-innen bekannt gegeben.

Abschiedsritual

Die Heimleitung bereitet das Ritual vor, indem sie einen passenden Text aussucht. Dabei richtet sie sich nach dem religiösen oder kulturellen Hintergrund der/des Verstorbenen. Die persönlichen Daten wie Aufnahme-, Todestag, Dauer des



Aufenthaltes und Alter berücksichtigt sie genauso wie das Lieblingslied, dessen Text sie mehrfach kopiert. Die Verabschiedung findet immer zur Übergabezeit am frühen Nachmittag statt, damit die Kolleginnen und Kollegen aus beiden Diensten daran teilnehmen können. Eingeladen fühlen sich alle diejenigen, die durch die langjährige Pflege und Betreuung der/dem Verstorbenen nahe waren. Kurz vor Beginn des Abschiedsrituals zünden wir Kerzen an und legen eine CD mit passender Musik auf. Wenn alle sich um das Bett versammelt haben, lassen wir das Leben der/des Verstorbenen noch einmal Revue passieren, insbesondere jenen Lebensabschnitt – mit lustigen und traurigen Episoden –, den die Mitarbeiter/-innen begleitet haben. Anschließend singen wir das Lieblingslied der/des Verstorbenen und bevor wir auseinandergehen, wird der Segen gesprochen.

Fazit

- *In der letzten Phase der Demenz sind die Menschen oft schreckhaft und ängstlich, da sie spüren, dass sie ausgeliefert sind. Deshalb ist es sinnvoll, einen besonderen störungsarmen, geschützten Raum anzubieten, in dem immer jemand vor Ort ist und Geborgenheit vermittelt.*
- *In der stationären Altenhilfe wohnen die Menschen manchmal viele Jahre in der Einrichtung. Da sind Beziehungen gewachsen zwischen Bewohnerinnen/Bewohnern und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern. Die rituelle Verabschiedung trägt zur seelischen Stabilität der Mitarbeiter/-innen bei.*

2.2.3.2 Angehörige

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen beginnt schon beim ersten Kontakt, wenn sie sich mit Anfragen an uns wenden. Eine der wichtigsten Fragen bei der umfassenden Beratung



lautet: Wurden bei der Betreuung und Versorgung ihrer an Demenz erkrankten Familienmitglieder alle ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten wahrgenommen? Andererseits gilt es, anzuerkennen, was sie häufig bis dahin aufopferungsvoll geleistet haben, und Empathie für den schweren Schritt der Heimunterbringung zu zeigen, obwohl sie doch versprochen hatten ...

2.2.3.2.1 Vertrauensvolle Zusammenarbeit

In der Vorbereitung der Aufnahme wird alles Organisatorische abgestimmt, auch Fragen der Eingewöhnung und zukünftigen Besuche werden dabei berührt. Es geht darum, gemeinsam zu klären, wann sich der neue Bewohner am wohlsten fühlt, was gut ist oder was verändert werden müsste. Dieser Austausch erfolgt nach Bedarf im direkten Kontakt und strukturiert in den bereits beschriebenen Pflegekonferenzen (s. S. 51). Im ausführlichen Aufnahmegespräch muss zudem ein Konsens darüber hergestellt werden, was die Angehörigen erwarten, was konzeptionell möglich ist und dass gemeinsam ein Restrisiko getragen werden muss, wenn wir Mobilität so lange wie möglich erhalten und nur wenig mit Psychopharmaka arbeiten wollen.



Unser Anliegen ist es, in regelmäßigem Kontakt mit den Angehörigen zu stehen, denn sie kennen Biografie, Persönlichkeit, Vorlieben und Abneigungen des Erkrankten. Deshalb betrachten wir sie als wichtige Partner bei der bestmöglichen Betreuung dieser schutzbedürftigen Menschen und heißen sie zu jeder Tages- und Nachtzeit willkommen.

Angehörige können sich zum Essen anmelden, um gemeinsam mit ihrem Partner oder Elternteil im Haus Schwansen zu speisen. Sie sind zu allen Festen eingeladen und können in Krisenzeiten im Haus übernachten. Auch entfernte Verwandte sind insbesondere zu den Festen herzlich eingeladen. So kommt es vor, dass komplette Familien Heiligabend mit uns im Haus verbringen, sich zu dem festlichen Menü anmelden und erst am späten Abend nach Hause fahren. Auch Kinder sind immer willkommen. Häufig gehen sie ganz unbefangen auf die Bewohner/-innen zu. Sogar Hunde dürfen mitgebracht werden, wenn sie bewohnerfreundlich erzogen sind.

Die manchmal über Jahre dauernde vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Angehörigen, bedeutet aber auch, dass wir, wenn ein Bewohner verstirbt, uns von ihnen verabschieden müssen. Ein Geschwisterpaar besucht beispielsweise regelmäßig seine demente Mutter und bringt immer etwas Schönes, wie leckeren Kuchen oder frische Beeren vom Feld, mit. Dann sitzen sie in gemütlicher Runde im Sommer im Garten zusammen und im Winter suchen sie sich eine lauschige Ecke im Haus. Sie nehmen immer einige andere Bewohner/-innen mit in die Runde auf, manchmal werden dabei Schallplatten mit alten Schlagern aufgelegt. Stets herrscht dort gute Stimmung und es wird viel gelacht. Das wird uns sicher einmal fehlen.



2.2.3.2.2 Veranstaltungsreihen

Damit die derzeitigen und zukünftigen Angehörigen und Betreuer unsere Arbeit verstehen und die gute Zusammenarbeit gefördert wird, halten Mitarbeiter/-innen zirka fünfmal im Jahr fachbezogene Vorträge zu ausgesuchten Themen:

- Verhaltensweisen der Menschen mit Demenz
- Organisatorische Rahmenbedingungen der Einrichtung
- Pflege- und andere Konzepte, die im Haus Schwansen Arbeitsgrundlage sind
- Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegepersonal
- Gesetzliche Grundlagen der Pflegeversicherung und finanzielle Möglichkeiten
- Die wichtigsten Krankheitsbilder der Demenz

Zu beispielsweise folgenden Themen wurden an manchen Abenden einstündige Vorträge mit anschließender Diskussion gehalten:

- Leben in der Wohngruppe – Die Betreuung in der Insel: Ablauf und Gestaltung
- Wie gestalten wir den Tag? – Die Tagesgestaltung der Großen Gruppe im Wintergarten: Beschäftigung, Tanzcafé, Feste, Jahreszeiten
- Am Ende des Leben – Sterbebegleitung
- Nach welchem Konzept wird in Haus Schwansen gearbeitet?
- Wie kommen wir ins Gespräch – Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Angehörigen: Pflegekonferenz, Pflegevisite
- Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen – Milieu, Nahrungszubereitung
- Was verändert sich im Gehirn bei Menschen mit Demenz und welche Auswirkungen hat das? – Krankheitsbilder der Demenz und Medikation
- Begegnungen in anderen Welten – Verhalten



der

Menschen mit Demenz und der Umgang mit ihnen

- Auf den Spuren der Vergangenheit – Biografiebogen und der Umgang damit
- Bewegung durch Berührung – Kinaesthetics
- Lasst Blumen sprechen – Gartengestaltung
- Wo man singt, da lass dich nieder ... – Musik im Alltag
- Wie können schwierige Situationen bewältigt werden? – Herausforderndes Verhalten
- Welche Leistungen zahlt die Pflegeversicherung?

Mithilfe eines Fragebogens klären wir, welches Interesse an welchen Themen bei Angehörigen und Betreuern besteht. Die Veranstaltungen sind regelmäßig gut besucht. Manchmal werden Teilnehmern Angebote zur Eigenerfahrung gemacht, damit sie sich in die Situation des Menschen mit Demenz hineinversetzen können und ein besseres Verständnis entwickeln.

2.2.3.3 Mitarbeiter/-innen

Für die Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenzerkrankung, die besonders schutzbedürftig sind, bedarf es Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die verantwortlich handeln und den Menschen Sicherheit und Orientierung geben. Diese Mitarbeiter/-innen brauchen neben den bereits beschriebenen Schulungen der handlungsorientierten Konzepte und den dazugehörigen Arbeitsgruppen eine gute Personalführung und -förderung.

2.2.3.3.1 Zufriedene Mitarbeiter/-innen

Jährlich führt der Träger der Einrichtung ein Mitarbeiter-Benchmarking durch, um sich ein Bild von der Zufriedenheit



der Mitarbeiter/-innen zu machen. Dabei werden anonym 63

Items zu folgenden Themenbereichen abgefragt: Arbeitsinhalte/Arbeitsorganisation, Identifikation, Information/Kommunikation, Entwicklungsmöglichkeiten, Arbeitsbedingungen und betriebliche Leistungen, Kollegenbeziehungen/Kooperation, Bewertung der/des direkten Vorgesetzten und Bewertung der Organisation. Die Mitarbeiter/-innen haben die Möglichkeit, eigene Verbesserungsvorschläge einzubringen. Die Ergebnisse werden in der Mitarbeiterbesprechung sowie auf der Führungsebene im Firmenverbund vorgestellt und diskutiert. Ein Vergleich innerhalb der gesamten Firmen-Gruppe ist möglich, das Lernen von Best-Practice-Modellen erwünscht. Maßnahmen werden vorgeschlagen und die Umsetzung wird vereinbart.

So ist zum Beispiel Gesundheitsförderung ein Wunsch, der aus dem Benchmarking resultierte und bereits durch mehrere Maßnahmen umgesetzt ist: Wir haben sogenannte Gesundheitstage eingeführt: Die Mitarbeiter/-innen haben die Gelegenheit, sich über Entspannungsmethoden, schonende Hautpflege, gesunde Ernährung, Nordic Walking oder Nichtrauchertraining zu informieren und alles auch gleich auszuprobieren. Rückenschonendes Arbeiten ist ein wesentlicher Aspekt der Kinaesthetics, alle Mitarbeiter/-innen in der Pflege lernen es. Anlässlich des Jubiläums des Trägers haben wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum ersten Mal Gesundheitsgutscheine geschenkt, zum Beispiel für Rücken- und Nackenmassage, Joga, Rückenschule oder Entspannungskurse, die diese sehr gut angenommen haben.

Wir sind davon überzeugt, dass unser Abschiedsritual (s. S. 84) zur Psychohygiene der Mitarbeiter/-innen einen wertvollen Beitrag leistet. Erst wenn alles, was auf der Seele lag, ausgesprochen und in dem festgelegten Ritual ein würdevoller Abschied von dem/der Verstorbenen vollzogen ist, können sie sich den anderen Bewohnern wieder uneingeschränkt zuwen-



den.

Offene Türen bei Heimleitung und Pflegedienstleitung machen es Mitarbeitern leicht, sich bei Bedarf direkt an sie zu wenden oder einen Gesprächstermin zu vereinbaren.

Gemeinsame Feiern gehören von Anfang an zur Kultur der Einrichtung. So feiern wir beispielsweise jedes Jahr am 1. November den Geburtstag der Einrichtung. An diesem Tag wird eine in der Ergotherapie vorbereitete „Baumscheibe“ auf den Haus-Schwansen-Baumständer gelegt. Auf der einen Seite der Scheibe sind alle Bewohner/-innen, die in dem Jahr dort gelebt haben, verewigt, auf der anderen Seite alle Mitarbeiter/-innen, die in dem Jahr dort gewirkt haben. Wir singen eigens für diesen Tag ausgesuchte Lieder und stoßen gemeinsam mit einem Glas Sekt an. Einige Bewohner/-innen und Mitarbeiter/-innen werden geehrt. Zu Festen wie Sommerfest, Weinfest sowie zu Ostern und Weihnachten sind die Mitarbeiter/-innen mit ihren Familien eingeladen. Kinder sind immer besonders willkommen. Sollte es zu Engpässen bei der Betreuung kommen, dürfen die Mitarbeiter/-innen nach Rücksprache mit der/dem Vorgesetzten ihre Kinder mit in die Einrichtung nehmen; sie können in Notfällen auch im Haus übernachten. In den Sommerferien bietet der Träger ansprechende Ferienangebote für schulpflichtige Kinder an und organisiert dazu einen Hol- und Bringedienst, den die Eltern in unserer Einrichtung gern annehmen. Ein sommerlicher Grillabend sowie eine eigene Weihnachtsfeier nur für Mitarbeiter/-innen sind inzwischen Tradition und einige tragen bereits in der Vorbereitung, aber auch mit Beiträgen dazu bei, dass diese Feste etwas ganz Besonderes und immer gut besucht sind. „Man muss die Feste feiern, wie sie fallen!“ Diese Redensart gilt für das ganze Haus.



2.2.3.3.2 Engagierte Mitarbeiter/-innen

Sowohl das Besprechungswesen (s. S. 44) als auch eine hohe Transparenz bei allen Problemen und Entscheidungen tragen dazu bei, dass jeder Mitarbeiter umfassend informiert ist. Die Übergaben, die Fallbesprechungen in den AGs, die Arbeit in der Standard-AG sowie die berufsübergreifende Mitarbeit im Qualitätsmanagement (QM) bewirken, auch durch die vielfältigen Vernetzungen, dass alle in hohem Maße die Arbeitsprozesse mitgestalten können. Die Meinung aller ist uns wichtig, so wird zum Beispiel bei Mitarbeiterversammlungen eine Plus-Minus-Abfrage durchgeführt: Was bewerten die Mitarbeiter/-innen positiv, was negativ. Ohne Wertung wird das Ergebnis ins Protokoll aufgenommen.

Die ethischen Fallbesprechungen bieten Handlungsorientierungen, die die Mitarbeiter/-innen bei schwierigen Fragestellungen unterstützen: Was ist zu tun, wenn zum Beispiel ein/-e Bewohner/-in nicht essen und trinken will? Dazu haben wir ein Ethikkomitee implementiert, in dem 14 Mitarbeiter/-innen der Einrichtung und bisher fünf Externe mitarbeiten: ein Arzt, der örtliche Pastor, eine Rechtsanwältin, die Heimfürsprecherin und die Pflegedienstleitungen der beiden Transfereinrichtungen.

In den Mitarbeitergesprächen muss auch die Belastung älterer Fachkräfte in der Pflege Raum haben. Gemeinsam und einfühlsam nach Lösungen zu suchen, die für beide Seiten praktikabel sind, muss hier das Ziel sein. Dabei berücksichtigen wir die enormen Ressourcen, die erfahrene Kolleginnen und Kollegen mitbringen, denn sie haben das Konzept entwickelt und deshalb Vorbildfunktion. So steht zum Beispiel die ehemalige Küchenleitung nach einem gut vorbereiteten Ausstieg in den Ruhestand der Einrichtung als Referentin und Beraterin stundenweise weiterhin zur Verfügung; das ist für alle Seiten bereichernd. Alle Leitungskräfte vom Geschäftsführer bis zur



Küchenleitung haben Vorbildfunktion, sie alle richten ihr Handeln nach dem Konzept aus und achten berufs- und abteilungsübergreifend auf die Einhaltung. Die Küchenleitung spricht etwa eine junge Pflegefachkraft direkt an, wenn ihr auffällt, dass diese einen Bewohner duzt: „Nein, das wollen wir nicht, das passt nicht zu unserem Konzept.“

Das Stammpersonal wird durch freie Mitarbeiter/-innen ergänzt, etwa die Musiktherapeutin, die seit vielen Jahren ins Haus kommt, oder die Ergotherapeutin, die zweimal wöchentlich die Abendstimmung anbietet. Sie organisiert zudem ehrenamtlich gemeinsam mit anderen Ehrenamtlichen an den Adventssonntagen das frühmorgendliche Singen von Vorweihnachtsliedern. Die freien Mitarbeiter/-innen sind eine Bereicherung für alle und gut ins Team integriert. Zudem gibt es Festangestellte, die sich über ihre eigentliche Tätigkeit hinaus für die Bewohner/-innen engagieren, indem sie sie etwa bei Spaziergängen begleiten. Dies verabreden die Bewohner/-innen beziehungsweise die Angehörigen entweder direkt mit ihnen oder, wenn es gewünscht wird, vermittelt die Einrichtung den Kontakt.

Mitarbeiterinnen, die das Café Süße Ecke (s. S. 37) gegen eine kleine Aufwandsentschädigung betreiben, werden ehrenamtlich von der Heimfürsprecherin unterstützt. Durch ihr Engagement im Cafébetrieb erleben die Mitarbeiterinnen sich in einer ganz anderen Rolle. Zudem bietet das Café einen anderen Rahmen für den Austausch mit Bewohnern und Angehörigen.

Immer wieder wird deutlich, dass die multiprofessionelle Zusammenarbeit ein wichtiges Merkmal der Modelleinrichtung ist. Im oben beschriebenen Café etwa arbeiten Mitarbeiterinnen aus der Pflege, Ergotherapie und Hauswirtschaft zusammen. Aber auch im QM zeigt sich diese Zusammenarbeit: So ist die Hauswirtschaftsleitung bei uns die QM-Koordinatorin.



Die Bereitschaft, kollegial zusammenzuarbeiten, und gegenseitige Wertschätzung sind dafür die Basis, die konzeptionell verankert ist und im Alltag auch gelebt wird. Die handlungsorientierten Pflegekonzepte, Integrative Validation, Basale Stimulation in der Pflege, Kinaesthetics und Musiktherapie, leisten dazu einen wesentlichen Beitrag. Alle, vom Hausmeister bis zur Heimleitung, erhalten das gleiche Handwerkszeug! Dabei ist die professionsübergreifende Anerkennung und Wertschätzung durch die Leitungen aller Bereiche in der Einrichtung wichtig. Die öffentliche Anerkennung in den Medien oder beispielsweise der Besuch des Ministerpräsidenten, die anschließende Würdigung und der Dank an alle tragen dazu bei.

Die hohe Motivation, die Identifikation mit der Einrichtung, die Bereitschaft, sich über das vereinbarte Maß hinaus – etwa in der Begleitung Sterbender – einzusetzen, ist ein besonderer Schatz und gleichzeitig Ausdruck dessen, dass die Mitarbeiter/-innen trotz hoher Arbeitsbelastung zufrieden mit ihrem Arbeitsplatz sind; das bestätigt auch das jährlich von uns durchgeführte Benchmarking.

224 WOLKEN – Innere Haltung und äußere Einflüsse

Wolken am Himmel bringen dem Baum notwendigen Regen, schützen vor der Sonneneinstrahlung, zeigen sich jahreszeitlich in vielfältiger Weise. So wie die Wolken Einfluss auf das Leben des Baumes nehmen, so wirken neben der inneren Haltung auch äußere Einflüsse auf das Leben aller im Haus Schwansen.



2.2.4.1 Kommunikation

Kommunikation stammt aus dem Lateinischen „communicare“ und bedeutet „teilen, mitteilen, teilnehmen lassen; gemeinsam machen, vereinigen“. In dieser Übersetzung meint Kommunikation also eine soziale Handlung. Und so verstehen wir sie. In den Grundkursen Integrative Validation nach Richard werden alle Mitarbeiter/-innen dafür sensibilisiert, auf Gefühle und Wertvorstellungen zu achten, die bei den Menschen mit Demenz in einer Handlung oder Sprache mitschwingen. Da diese Umgangsform keine Technik, sondern eine Haltung darstellt, verändert sich letztendlich das gesamte Betriebsklima. Auch im Kontakt mit Kolleginnen und Kollegen kann diese Haltung nicht einfach abgelegt werden, sie bewirkt, dass es im Haus Schwansen einen sehr achtsamen Umgang miteinander gibt.

Die jetzige Heimleiterin ist in zusätzlich systemisch ausgebildet. Als Familientherapeutin kann sie professionell Angehörige unterstützen, die Schwierigkeiten damit haben, die Demenz ihrer Verwandten anzunehmen, Vertrauen in die eigenen Stärken aufzubauen und die Defizite nicht in den Mittelpunkt zu stellen. Auch auf die Mitarbeiter/-innen hat sie eine entsprechende Wirkung. Die Erkenntnisse aus der Transaktionsanalyse nach Berne, mit der sich unser Pflegedienstleiter während einer Weiterbildung zum Kommunikationstrainer sechs Jahre lang beschäftigte, unterstützen ihn insbesondere in Konfliktgesprächen. Die Kommunikation in unserer Einrichtung führt zu einem wertschätzenden Umgang.

2.2.4.2 Gerüche und Düfte

Gerüche und Düfte begleiten unser Leben. Sie wecken Erinnerungen an bedeutsame Begebenheiten, stimmen uns fröhlich, beruhigen, regen an. Essensgerüche etwa können uns an gemeinsame Familienmahlzeiten erinnern: Wir waren froh,



uns innerlich wärmen zu können und satt zu werden. Die Küche des Hauses Schwansen liegt direkt neben einem Aufenthaltsraum, der zum Treppenhaus hin offen ist, sodass diese Gerüche durch das ganze Haus ziehen.

Auch Düfte wecken Erinnerungen und erzeugen Emotionen. Beim Apfelschälen etwa sind gleich mehrere Sinne beteiligt: der Tastsinn, wenn der Apfel angefasst wird, der Geruchssinn, wenn der Apfelduft in die Nase steigt, der Geschmackssinn beim Essen des Apfels. Zudem können Fertigkeiten – das Schälen – wieder erinnert werden.

Düfte können Stress minimieren. Wir verwenden ausschließlich Aromaöle aus Naturprodukten. Bevor wir sie in die Haut einmassieren, muss allerdings ein Allergietest durchgeführt werden. Die Arme mit Lavendelöl in Haarwuchsrichtung zu massieren führt zur Entspannung unruhiger Bewohner/-innen. So können Düfte Ängste und stressbedingte Symptome mildern. Wildrosenöl kann an den eigenen Garten erinnern und wirkt harmonisierend. Bei Besprechungen in der Mittagszeit belebt Zitronenöl in einer Duftlampe die Sinne. Durch den gezielten Einsatz von Düften schaffen wir in unseren Wohnbereichen eine angenehme Atmosphäre und verbessern zudem die Luftqualität. Die ätherischen Öle gelangen über die Lungen in den Blutkreislauf und über die Nase direkt in das limbische System des Gehirns, das für Gefühle und Schmerzwahrnehmung zuständig ist. Dadurch können Düfte die Stimmungslage direkt beeinflussen.

2.2.4.3 Feiern und Feste

Höhepunkte im Leben zu empfinden, fröhlich zu sein, besondere Zeiten der Besinnung, der Andacht, des Genusses, der Freude zu erleben können ähnliche Erlebnisse sein, wie über besondere Wolkenformationen zu staunen, sich über durch-



dringende Sonnenstrahlen zu freuen. Feste und Feiern unterbrechen die Routinen des Alltags und beschwingen die Seele. Einen Geburtstag zu feiern zeigt, wie wichtig uns diese Person ist, nur sie wird an diesem Tag besonders gewürdigt. Das Osterfest beendet die dunkle, kalte Jahreszeit. Die Frühlingsblumen verkünden das Frühjahr mit neuen hellen Farben, das auf die wärmende Sonne im Sommer hoffen lässt.

2.2.4.4 Spiritualität

Obwohl in Haus Schwansen wie überhaupt in unserer Gegend der protestantische Glaube überwiegt, orientieren wir uns spirituell an den Glaubensrichtungen und Bedürfnissen der Bewohner/-innen. So haben wir etwa in das Zimmer eines Bewohners, eines katholischen Ordensbruders, ein Tischchen gestellt, auf dem ein Buch liegt. Jeden Morgen vor dem Frühstück wird daraus die Tageslosung gelesen. Bei Bedarf werden Geistliche unterschiedlicher Konfession gerufen, so wie etwa der katholische Pfarrer, um einer/einem Sterbenden die Letzte Ölung zu spenden.

Mit einigen Bewohnern singen wir Abendgebete oder Lieder, die für sie wichtig sind. Die Gebetstexte hängen am Bett, so dass der/die Mitarbeiter/-in sie lediglich ablesen muss, denn nicht alle Kolleginnen und Kollegen kennen Gebete. Die Taizé-Andacht unterstützt unserer Meinung nach die Spiritualität der Bewohner/-innen in der Insel.

In der Adventszeit singen wir an den Sonntagen morgens um sieben Uhr vorweihnachtliche Lieder. Das sorgt für eine besondere Atmosphäre. Die meisten Bewohner/-innen liegen dann noch in ihren Betten, die Tür wird leise geöffnet und sie können sich noch schlaftrunken auf die Vorweihnachtszeit einstellen.



2.2.4.5 Atmosphäre

Sobald wir ein Haus betreten, spüren wir die Atmosphäre. Sie ist abhängig von dem Duft, der uns entgegenströmt, dem Ausdruck in den Gesichtern der Menschen, die uns begegnen, der Ansprache und von der Gestaltung des Umfelds. Sie wirkt auf uns ein. Wir können dadurch Ängste verlieren, Vertrauen fassen, uns wohlfühlen – aber sie kann auch das Gegenteil bewirken.

Der Eingangsbereich unserer Einrichtung lädt mit zahlreichen Sitzmöbeln, einer Standuhr, einem alten Radio zum Verweilen ein. Dort stehen unter anderem auch eine Büchervitrine mit Fotos und Geleitsprüchen zu den Menschen, die bei uns gelebt haben, sowie der Ständer mit den Jahresringen des Hauses. Die Bewohner/-innen nutzen den Eingangsbereich gern als Aufenthaltsraum. Ein Fenster gibt den Blick frei auf eine der Betreuungsgruppen und in ein Büro des Pflegepersonals auf der anderen Seite. Alle Mitarbeiter/-innen sind aufmerksam – unabhängig von ihrer jeweiligen Funktion – und bieten Besuchern ihre Hilfe an.



Die Pflegelandschaft wird sich ändern. Wie gut der Einzelne versorgt sein wird, hängt wesentlich davon ab, die für ihn passende Versorgungsform zu finden, und dies wiederum hängt wesentlich davon ab, wie gut die Einrichtungen miteinander vernetzt sind. Wichtig ist daher, dass der Transfer von Informationen nicht isoliert, sondern nachhaltig und offen in einem Verbund (Netzwerk) von Einrichtungen, Trägern und Unternehmen erfolgt, die sich gemeinsam für eine verbesserte Versorgung demenziell Erkrankter einsetzen.

3.1 Projektbeginn

Zu Beginn des Projektes hatte die Bündelsdorfer Seniorenwohnanlage am Park bereits für ihre Sanierung und Renovierung die Beratung des Hauses Schwansen in Anspruch genommen und sich im Laufe des Beratungsprozesses entschieden, einen Wohnbereich für Menschen mit einer Demenzerkrankung einzurichten. Auch das Alten- und Pflegeheim Haus Gettorf, das der Brücke Rendsburg-Eckernförde e. V. durch gemeinsame Verwaltungsdienstleistungen verbunden war, plante größere Veränderungen und die Weiterentwicklung der Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz. Angelehnt an das Vorbild Haus Schwansen wurde die besondere Betreuung dieser Bewohner/-innen in den beiden Transfereinrichtungen angepasst.

3.1.1 Situation in der Bündelsdorfer Seniorenwohnanlage am Park

Die Bündelsdorfer Seniorenwohnanlage am Park begann 2005 mit dem Umbau des Hauses. Es bestand ein großer Renovierungs- und Sanierungsbedarf, gleichzeitig wurde nach einer



3 Auf dem Weg – Der Transferprozess

Lösung für eine verbesserte Betreuung von Demenzerkrankten gesucht, denn immer wieder kam es zu Konflikten zwischen demenziell erkrankten und nicht dementen Bewohnern. Aus dieser Problematik heraus beschlossen wir, mit den Umbauarbeiten einen besonderen Wohnbereich einzurichten, in dem wir uns gezielt der Betreuung und Versorgung von Bewohnern mit Demenz widmen können. Da die Brücke Rendsburg-Eckernförde e. V. zeitgleich die Trägerschaft von Haus Schwansen übernahm, haben wir die Zusammenarbeit intensiviert, um das Wissen und die Erfahrungen des Hauses Schwansen für die Neustrukturierung und den Umbau der Búdelsdorfer Seniorenwohnanlage am Park zu nutzen. Der intensive Austausch führte dazu, dass wir einen neuen separaten Wohnbereich im zweiten Stockwerk einrichten wollten, um den Bewohnerinnen und Bewohnern einen geschützten Raum, abseits vom allgemeinen Trubel des restlichen Hauses, zu bieten. Für diesen besonderen Wohnbereich planten wir zwei Tagesräume mit Küchenzeile für die Betreuung mit ein.

Die Auswahl der für den neuen Wohnbereich passenden Mitarbeiter/-innen erfolgte in einem internen Bewerbungsverfahren, nachdem wir unsere Ideen vorgestellt und Gespräche mit Interessierten geführt hatten. Die für den neu entstehenden Bereich vorgesehenen Pflegekräfte bezogen wir inhaltlich in die Planung mit ein. Ab Mai 2007 nahm zudem eine neue Wohnbereichsleitung die Arbeit auf. Sie wurde ebenfalls in alle Planungsschritte miteinbezogen.

Die Mitarbeiter/-innen hospitierten in der Modelleinrichtung und nahmen dort viele hilfreiche Ideen und Anregungen auf. In verschiedenen Fortbildungen des Haus-Schwansen-Seminars erhielten die Teams zusätzliches Handwerkszeug: Zunächst wurden Mitarbeiter/-innen aus allen Bereichen unseres Hauses in Integrativer Validation (IVA) nach Richard geschult. Der nächste Schritt bereitete sie durch die Fortbildung Diagnose und Therapiemöglichkeiten der Demenz weiter auf die Arbeit



vor. Die Fortbildungen Kinaesthetics in der Pflege, Essen und Trinken bei Menschen mit Demenz sowie Beschäftigungsangebote im letzten Lebensabschnitt rundeten das Angebot ab.

In einer Arbeitsgruppe, die sich monatlich traf, entstand unter Beteiligung von Haus Schwansen und der Mitarbeiter/-innen der Büdelsdorfer Seniorenwohnanlage am Park für den neuen Wohnbereich die inhaltlich konzeptionelle Ausgestaltung, in der Handlungskonzepte festgelegt sowie Richtlinien und Arbeitshilfen für den Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern geregelt wurden. Bei der Entwicklung der Milieugestaltung stand die Frage „Welche Umgebung brauchen die Menschen?“ im Mittelpunkt; wir entschieden uns, das Präsenzkräfte-Modell von Haus Schwansen zu übernehmen. Als der Umbau Ende 2007 abgeschlossen und das Team gefunden war, nahmen wir nach und nach Bewohner/-innen auf und das Team vergrößerte sich allmählich. Die Bewohner/-innen waren teilweise Senioren, die bisher in anderen Bereichen unseres Hauses gewohnt hatten, teilweise kamen sie neu hinzu.

Wir starteten zunächst mit der Betreuungsgruppe in einem der beiden Tagesräume. Die Zimmer der Bewohner liegen um den Tagesraum herum. Auf dem Flur, der die Räume miteinander verbindet, können sich die Bewohner/-innen frei und geschützt bewegen: Die Treppe ist durch ein Schutzgitter abgesichert, damit niemand stürzen kann. Während der Aufbauphase des Wohnbereichs musste zunächst wegen der sehr kleinen Gruppengröße die personelle Besetzung durch MitarbeiterInnen anderer Wohnbereiche verstärkt werden, um den besonderen Betreuungsbedarf gewährleisten zu können. Später wurde die sogenannte RuheOase im zweiten Tagesraum geschaffen, in der vier bis sechs Bewohner/-innen, die das letzte Stadium der Demenz erreicht haben, in einer reizgeminderten Atmosphäre betreut werden.



In der Büdelsdorfer Einrichtung arbeiten wir teilweise mit dem segregativen und teilweise mit dem integrativen Ansatz: Wir haben einen Wohnbereich geschaffen, in dem wir uns gezielt der besonderen Betreuung von Bewohnern mit einer demenziellen Erkrankung widmen. Zusätzlich nutzen wir aber auch die Fortbildungen und Arbeitshilfen für die anderen Wohnbereiche, in denen Bewohner/-innen mit und ohne eine demenzielle Erkrankung zusammenleben.

3.1.2 Situation im Alten- und Pflegeheim Haus Gettorf

Auch im Haus Gettorf war es dringend notwendig, die Bewohner mit Demenz von denen ohne Demenz zu trennen, weil das Verständnis für das Gegenüber nicht immer vorhanden war. Es gab bereits Kleingruppen mit demenziell Erkrankten, die in breiten Fluren saßen und eine Gemeinschaft bildeten, dort aber den unangenehmen Bemerkungen von anderen Bewohnern ausgeliefert waren. Wir entschieden uns im Laufe des Projektes, aufgrund der baulichen Rahmenbedingungen für den teil-segregativen Ansatz, das heißt, es gibt zwar eine getrennte Betreuungsgruppe, aber keinen getrennten Wohnbereich.

Das Haupthaus ist 125 Jahre alt und besteht aus Erdgeschoss, erster und zweiter Etage. Die zweite Etage wurde in den 90er-Jahren um einen Anbau mit Aufzug, ein Treppenhaus und einen Mehrzweckraum mit Küchenzeile erweitert. Zur gleichen Zeit entstanden ein behindertengerechtes Bad, ein Sozialraum sowie Umkleieräume für die Mitarbeiter/-innen. Der Rest des Dachbodens ist nicht ausgebaut und dient als Lagerraum, der durch die Umkleieräume der Mitarbeiter/-innen erreichbar ist. Bevor der Anbau fertiggestellt war, gab es nur eine steile, enge Treppe, die auf den Dachboden führte.



Heute dient der Mehrzweckraum als Gruppenraum für die Betreuungsgruppe, das Bad wird von den Bewohnern genutzt und der Sozialraum ist zur Hallig geworden. Die steile Treppe haben wir auch in Haus Gettorf mit einem Schutzgitter versehen.

Eine Arbeitsgruppe sollte die Betreuungsgruppe zusammenstellen. Sie setzte sich aus Pflegekräften zusammen, die sehr interessiert und bei den Fortbildungen hoch motiviert waren. Alle haben an der Konzeptvorstellung in Haus Schwansen teilgenommen, Fortbildungen und Beratungen im Haus-Schwansen-Seminar sowie im Modellhaus oder in den eigenen Räumlichkeiten in Anspruch genommen. Um ein besseres Verständnis der Arbeitsabläufe in der Modelleinrichtung – die in der Betreuungsgruppe zu einem großen Teil übernommen wurden – zu bekommen, absolvierten Heim-, Pflegedienst- und Betreuungsgruppenleitung die dortigen Arbeitsseminare.

Die Leitung der speziellen Dementengruppe arbeitete während der ersten Wochen mit, um die Arbeitsabläufe gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu festigen und neue Abläufe und Ideen zu integrieren. Die Gruppe wird von einer Mitarbeiterin geleitet, die Ergotherapeutin ist und langjährige Erfahrung in der Arbeit mit demenziell erkrankten Bewohnern hat. Für diese Position wählten wir bewusst keine Pflegekraft, um eine andere Perspektive zu ermöglichen. Der Schwerpunkt sollte nicht allein in der Pflege liegen, sondern auch die psychosoziale Betreuung einbeziehen, damit wir die Versorgung stärker als ganzheitliche Versorgung wahrnehmen können.

Die Arbeitsgruppe traf sich weiterhin, in das Konzept floss nun auch die Praxiserfahrung mit ein. Etwa vier Monate vor dem Einzug der Bewohner/-innen in die renovierten Räumlichkeiten trafen sich die Kolleginnen und Kollegen der Arbeitsgruppe einmal wöchentlich und schrieben an einem Projektbericht,



angelehnt an das Konzept des Hauses Schwansen. Richtlinien, konzeptionelle Schwerpunkte sowie die Milieugestaltung in den ausgesuchten Räumlichkeiten wurden festgelegt.

Wir entschieden uns, den Mehrzweck-/Therapieraum für die Betreuungsgruppe umzugestalten. Er verfügte bereits über eine Küchenzeile, die wir auch zuvor schon für therapeutisches Kochen mit Demenzerkrankten genutzt hatten. Überschüssige Tische und Stühle wurden aus dem weiß gestrichenen Raum entfernt. Um eine Wohlfühlatmosphäre zu schaffen, ließen wir die Wände in einem warmen Ton streichen, und um die Dachschrägen sichtbar zu machen und so der Verletzungsgefahr vorzubeugen, wurde der untere Wandbereich andersfarbig gestrichen. Wir richteten zwei Essbereiche ein sowie einen einem Wohnzimmer ähnlichen Sitzbereich mit Sesseln und Sofas. Die Sessel haben eine verstellbare Rückenlehne. Das ausgesuchte Mobiliar entnahmen wir den Wohnbereichen, sodass bereits durch die Möbel eine vertraute Atmosphäre entstand. Es war wichtig, den Essbereich zum Wohnzimmer abzugrenzen, um den Milieuwechsel zwischen Ess- und Wohnsituation bewusst zu machen. Zudem war ausreichend Platz für die Lagerung der Rollstühle wichtig, da die Bewohner/-innen umgesetzt werden, um ihre Mobilität zu steigern. Damit wir den Schweregrad der Demenzerkrankung feststellen konnten, wandten wir bei ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohnern den Mini-Mental-Status-Test (MMST) an. Die Betreuungsgruppe wurde seit April 2009 von Pflegehelfern aus dem Haus, später vorwiegend von Betreuungskräften nach § 87b SGB XI betreut.

Später richteten wir die sogenannte Hallig ein. Sie besteht aus einem zirka zwölf Quadratmeter großen Raum mit Schrägen, in dem vier Bewohner/-innen der Betreuungsgruppe, die das letzte Stadium der Demenz erreicht haben, gepflegt werden. Die Bewohner/-innen können den Tag ihren Bedürfnissen entsprechend verbringen, nach dem Vorbild der Insel in der



Modelleinrichtung mit viel Ruhe und stressfrei. Die Tagesstruktur beinhaltet zum Beispiel Hintergrundmusik, Vorlesen, Basale Stimulation, Mikrolagerung sowie Trink- und Esshilfe. Auch die Bewohner/-innen der Hallig werden seit Oktober 2009 von Betreuungskräften nach § 87b SGB XI versorgt.

3.2 Konkrete Schritte in den Transfereinrichtungen

Im Modellprojekt war die Einrichtung einer Steuerungsgruppe unerlässlich. Sie traf sich zirka alle acht Wochen sowie nach Absprache und setzte sich wie folgt zusammen: die Leitungen der Modelleinrichtung Haus Schwansen, die Leitungen der Transferhäuser – Büdelsdorfer Seniorenwohnanlage am Park sowie Haus Gettorf –, die Geschäftsführung des Trägers, die Leitung des Haus-Schwansen-Seminars sowie Leitung und wissenschaftliche Mitarbeiterinnen des Instituts für Bildung und Wissenschaftliche Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitswesen (IBW) Münster. Mithilfe der Befragungen des IBW konnten Probleme, aber auch gelungene Transfers auf Grundlage der besonderen Stärken der beteiligten Einrichtungen und Institute diskutiert, neue Impulse für weitere Transfermöglichkeiten gegeben werden. So gelang es etwa, aufgrund der jahrelangen Erfahrung im Umgang mit demenzkranken Menschen im Modellhaus die bauliche Situation in den Transferhäusern besser zu beurteilen und die jeweilige Bauplanung und -ausführung zu optimieren.

Bei den Treffen erörterten wir immer den aktuellen Stand der Umsetzung in den Einrichtungen sowie deren Fortschritte und Hemmnisse. Es wurden Empfehlungen ausgesprochen, weitere Schritte verabredet und einrichtungsübergreifende Arbeitsgruppen, die sehr motiviert und kreativ ans Werk gingen, eingesetzt. Stets reflektierten und überarbeiteten wir die Ziele: Wir überprüften, wie weit wir gekommen sind, in welchen Bereichen noch Fragen aufgetreten sind und Hilfe und Unterstützung gebraucht wird. Dabei war es sehr hilfreich, die di-



rekte Beratung durch Haus Schwansen in der Steuerungsgruppe in Anspruch nehmen zu können, aber ebenso hilfreich war es auch, dass wir uns über die Erfahrung der anderen Transfereinrichtung austauschen und erfahren konnten, wie diese eventuell mit ähnlichen Problemen umgegangen ist. Dabei stellte sich auch heraus, dass wir hin und wieder nachsteuern mussten, da wir den Zeitplan für gesetzte Meilensteine nicht immer einhalten konnten.

In der Steuerungsgruppe haben wir zudem in einem ersten Schritt die Fortbildungsbedarfe der Mitarbeiter abgestimmt und deren Umsetzung geplant. Dabei haben wir gelernt, dass es nicht ausreicht, alle Mitarbeiter/-innen zur Fortbildung zu schicken, sie müssen auch unterstützt, begleitet und gefördert werden. Ziel der Fortbildungen war es unter anderem, die Konzeption und den Geist des Hauses Schwansen zu erleben und für alle Mitarbeiter/-innen greifbar zu machen. Für die Mitarbeiter/-innen waren die Reflexionstage und die Praxisbegleitungen durch Haus Schwansen sehr wichtig. Für die Einrichtungen bedeutete dieses Vorgehen, genügend Zeiteresourcen zur Verfügung zu stellen.

Im zweiten Schritt wurde die individuelle Vorgehensweise in der jeweiligen Einrichtung festgelegt und geprüft, was als Erstes notwendig ist. Daraufhin stimmten wir den Know-how-Transfer ab, das heißt, wir vereinbarten zunächst die konkreten Fortbildungen und initiierten Arbeitsgruppen, die sich inhaltlich mit den Themenbereichen Integrative Validation (IVA) nach Richard, Diagnose und Therapie der Demenz, Kinaesthetics und Basale Stimulation auseinandersetzten. Die Mitarbeiter/-innen erlernten in diesen Fortbildungen die wichtigen handlungsleitenden Konzepte nacheinander, damit ausreichend Raum und Zeit zur Festigung des Erlernten zur Verfügung stand. Bindende Voraussetzung für alle – Pflege- und Betreuungsmitarbeiter/-innen, Führungskräfte, Personal aus Verwaltung, Hauswirtschaft, Raumpflege und Haustechnik



– war die IVA. Daran anschließend folgten Fortbildungen in Kinaesthetics und Basaler Stimulation für Pflege- und Betreuungsmitarbeiter/-innen.

Der gesamte Transferprozess lief auf verschiedenen Ebenen ab. Die Verfahrensweisen in beiden Einrichtungen waren sehr ähnlich, allerdings fanden sie zeitlich versetzt statt. Um die Konzeptideen der Modelleinrichtung auf die beiden Transfer-einrichtungen zu übertragen, wurden für die Umsetzung zunächst die Mitarbeiter/-innen ausgewählt. Wichtige Auswahlkriterien dabei waren:

- Wertschätzende, empathische Haltung
- Flexibilität
- Offenheit gegenüber Neuem
- Bereitschaft, etwas Neues mitzugestalten
- Geduld
- Neugier und Aufgeschlossenheit
- Ausdauer
- Identifizierung mit dem hauseigenen Leitbild

Diese Kriterien wurden bei der täglichen Arbeit der Mitarbeiter/-innen sichtbar. Dabei kam es allerdings auch zu Versuch und Irrtum.

Beispiel: Eine Mitarbeiterin setzte sich leidenschaftlich für die Bewohner/-innen ein, war jedoch im Umgang mit ihnen zu hektisch und zu laut, sodass Bewohner/-innen unruhig wurden oder sich wegen ihres temperamentvollen Auftretens zurückzogen. Auch Kollegen, die als Vorbild dienten, konnten dieser Mitarbeiterin nicht dabei helfen, Verständnis für die IVA zu entwickeln. Da sie ihre Haltung nicht ändern konnte, hat sie sich letztendlich für einen anderen Arbeitsbereich entschieden.



Einige Mitarbeiter/-innen mussten feststellen, dass die intensive tägliche Arbeit mit Demenzkranken eine zu hohe Belastung für sie darstellte. Sie konnten nicht mehr abschalten und brauchten zahlreiche begleitende Gespräche. Manche wechselten deshalb zeitweise in die integrative beziehungsweise allgemeine Betreuung. Andere nutzten die Zeit zur Intensivierung der IVA und Kinaesthetics und wurden dadurch in ihren Handlungen sicherer. Je länger die wertschätzende Haltung gemäß der Integrativen Validation von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geübt und gelebt wurde, desto leichter gestaltete sich auch die Arbeit.

Nicht jede/-r Mitarbeiter/-in passte langfristig in das Team. Durch Beratung von erfahrenen Kolleginnen aus dem Modellhaus konnte hier für alle – sowohl in der Auswahl als auch im Handeln – Sicherheit erlangt werden. Die ausgewählten Mitarbeiter/-innen bildeten eine Arbeitsgruppe, die, angelehnt an das Konzept des Modellhauses, eigene Konzepte entwickelte. Sie legte auch die Kriterien für die Auswahl der Bewohner/-innen fest. Zu diesen Kriterien gehörten etwa:

- die Weitergabe an Informationen an Angehörige, Betreuer und Heimbeirat,
- die Diagnose Demenz
- und der Mini-Mental-Status-Test (MMST).

Beide Einrichtungen begannen in Anlehnung an die Wohngruppenbetreuung im Haus Schwansen mit der Betreuungsgruppe für Bewohner/-innen mit Demenz. Die Milieugestaltung planten Arbeitsgruppen, die darauf achteten, dass es ausreichende Beleuchtung in den Räumen gibt (mindestens 500 Lux) und Dekoration sowie Mobiliar bewohnerorientiert ausgewählt wurden, zum Beispiel eine alte Wohnzimmerlampe mit Troddeln oder ein Sekretär. Soweit es möglich war, sollten keine neuen Gegenstände angeschafft, sondern stattdessen vertraute Möbelstücke aus den Wohnbereichen oder aus dem



Besitz der Bewohner/-innen ausgewählt werden. Bei der Farbgestaltung achteten die Gruppen darauf, freundliche und helle Farben zu wählen. Das ausgewählte Geschirr hatte einen Farbrand, um den Bewohnern die Grenze der Teller zu verdeutlichen. Zur Orientierung wurden große Kalender aufgehängt. Zur jahreszeitlichen Orientierung wird bewusst und deutlich dekoriert.

Angelehnt an die Insel in Haus Schwansen entstanden, wie im Folgenden beschrieben, in Haus Gettorf die Hallig und in der Büdelsdorfer Seniorenwohnanlage die RuheOase.

Fazit

- *Veränderungen brauchen Zeit.*
- *Es sollten Meilensteine gesetzt, ein Zeitplan erstellt, die ersten Schritte geplant und regelmäßig evaluiert werden.*
- *Nur wenn alle Mitarbeiter/-innen in Integrativer Validation geschult sind und die wertschätzende Haltung leben, kann sich etwas verändern.*

3.2.1 Büdelsdorfer Seniorenwohnanlage am Park – RuheOase

Ursprünglich sollten in dem neu gegründeten Wohnbereich zwei Wohngruppen entstehen: eine für aktive Demente und eine der Insel in Haus Schwansen angelehnte Gruppe für Bewohner/-innen, die sich im letzten Stadium der Erkrankung befinden. Da der Wohnbereich jedoch erst nach und nach belegt wurde, hatten wir nur eine Bewohnerin, die sich für die zweite Gruppe eignete.

Beispiel: Frau X wohnte bereits während des Umbaus in der Seniorenwohnanlage. Sie befand sich im fortgeschrittenen Stadium der Demenz und war stark in ihrer Mobilität einge-



schränkt. Wir entschlossen uns, sie in den neu gegründeten Demenzwohnbereich aufzunehmen, mit dem Ziel, sie zu mobilisieren und sie – wie in der Insel im Haus Schwansen – zu betreuen. Bei ersten Mobilisationsversuchen stellte sich heraus, dass ihr Kreislauf zu sehr belastet wurde. Der Hausarzt und die Angehörigen entschieden sich gegen eine weitere Mobilisation. Eine angepasste Betreuung und Gestaltung wurde im Bewohnerzimmer ermöglicht.

Am Anfang gab es zunächst nur eine große Gruppe, die durch zunehmende Belegung immer größer wurde. Es stellte sich heraus, dass einige Bewohner/-innen mit den vielen verschiedenen Geräuschen und Lautstärkepegeln nicht zurechtkamen. Sie wurden unruhig und hatten ständig den Drang, den Raum zu verlassen. Um für ruhige beziehungsweise laute Bewohner/-innen nach Bedarf einen Ausweichraum zu haben, richteten wir den zweiten Tagesraum ein. Doch es waren stets dieselben Senioren, die einen erhöhten Ruhebedarf hatten, sodass wir festlegen konnten, wer dauerhaft in dem Raum betreut werden sollte. Die RuheOase war entstanden, nun entspannte sich auch im zweiten Tagesraum die Situation.

Es hat sich gezeigt, dass es gut war, bei der Bauplanung zwei Tagesräume zu berücksichtigen. Obwohl alle Bewohner/-innen demenziell erkrankt sind, ist es aufgrund der unterschiedlichen Grade der Erkrankung und der daraus resultierenden unterschiedlichen Bedürfnisse und Bedarfe problematisch, alle gemeinsam in einem Tagesraum zu betreuen. Mit der Gründung der RuheOase können wir nun auch dem erhöhten Ruhebedarf der Bewohner/-innen im fortgeschrittenen Stadium der Demenz gerecht werden.



In der Betreuungsgruppe gab es anfangs zwei Bewohnerinnen mit offensichtlich fortgeschrittenem Stadium der Erkrankung. Der Raum für die Hallig war schon vorhanden, aber noch nicht fertig gestaltet. Wir beschlossen, das schnellstmöglich zu ändern, um diesen Bewohnerinnen eine Rückzugsmöglichkeit zu geben, damit ihre Lebensqualität erhalten bleibt. Beide haben mit 90 und 102 Jahren ein hohes Alter erreicht, sitzen im Pflege-
rollstuhl und haben minimale Eigenbewegung. Die verbale wie nonverbale Kommunikation ist sehr eingeschränkt und sie schlafen fast immer. In der Hallig werden sie nun intensiv, gezielt und mit viel Zeit betreut, sie bekommen die Mahlzeiten dort, werden im Rollstuhl gelagert, erhalten Basale Stimulation. Wir lesen ihnen vor, singen leise oder legen eine CD mit Meditationsmusik oder bekannten Volksliedern ein. Es werden auch Ruhezeiten eingeplant. Die Bewohnerinnen nehmen diese Angebote sehr gut an und danken uns mit einem Lächeln.

In der Hallig finden maximal vier Bewohner/-innen mit Pflege-
rollstuhl einen Platz. Dort sind die Reize gemindert und überschaubar. Die Milieugestaltung erfolgte unter dem Aspekt: Weniger ist mehr. Wir hängten Vorhänge an die beiden schrägen Fenster, Blumen an die Schrägen, selbst gemalte Bilder aus der Betreuungsgruppe an die Wände. Es gibt einen kleinen Sekretär mit zwei Bildern darüber. Eine Stehlampe sorgt für individuelles Licht und eine gemütliche Atmosphäre. In der Mitte des Raumes ist in der Wand ein Bullauge eingelassen, das den Raum mit Tageslicht versorgt und durch das die Bewohnerinnen hinausschauen können.

Die Hallig ist zurzeit nur bis zur Mittagszeit belegt, da die Bewohnerinnen die Ruhe und die veränderte Lagerung im Pflegebett brauchen. So können wir diesen Raum nachmittags als



3.2.2 Alten- und Pflegeheim Haus Gettorf – Hallig
Rückzugsmöglichkeit für Bewohner/-innen aus der Betreuungsguppe nutzen oder für Besuche von Angehörigen.

Fazit

- *Eine Insel entsteht in der Regel nicht sofort, sondern entwickelt sich nach und nach aus den Bedürfnissen der Bewohner/-innen der Betreuungsgruppen.*
- *Hallig und RuheOase sind die ersten Schritte dorthin.*

4 Meilensteine bei der Umsetzung

Durch den Transferprozess wurde der Austausch zwischen den drei Einrichtungen intensiver und als sehr wertvoll und hilfreich empfunden. Er war geprägt von einem ständigen Geben und Nehmen! Über den primären Transferprozess hinaus wurden Adressen ausgetauscht und unter anderem gemeinsame Fortbildungen besucht. Im Folgenden werden die positiven Auswirkungen des Transferprozesses auf alle Beteiligten beispielhaft aufgeführt.

4.1 Bewohner/-innen

Die Bewohner/-innen leben in den Betreuungsgruppen in geschützten Räumen, dadurch können Konflikte mit anderen im Haus vermieden werden. Die Senioren befinden sich in einer Gemeinschaft, in der sie sich verstanden und integriert fühlen. Jeder darf so sein und bleiben, wie er ist. Dadurch haben die Bewohner/-innen mehr Lebensfreude und werden aktiver. Durch die gleichbleibende positive Grundstimmung gibt es spürbar weniger Stimmungsschwankungen.

Beispiel: Frau Y. war oft weinerlich und rief alle zehn Minuten nach der Schwester. Nachdem sie in die Betreuungsgruppe kam, wurden die Abstände zwischen ihren Rufen länger, denn



sie bekam ausreichend Aufmerksamkeit, wodurch sich ihre Grundstimmung verbesserte.

Durch das regelmäßige Umsetzen und das gezielte Bewegungstraining sind die Bewohner/-innen beweglicher, haben weniger Angst, der Tonus entspannt sich und das Hautbild bleibt gesund, die Dekubitusprophylaxe wird gefördert.

Beispiel: Frau B. hatte vor der besonderen Betreuung die Arme ganz eng vor dem Oberkörper verschränkt. Sie schien ständig in diese Schutzposition zu gehen, was die tägliche Versorgung enorm erschwerte und sehr viel Kraft beim An- und Auskleiden erforderte. Jetzt sitzt sie entspannt im Rollstuhl, bewegt die Arme und hält sie nicht mehr ständig vor ihrem Körper verschränkt.



Durch gewohnte Strukturen und Rituale bewegen sich mobile Bewohner/-innen sehr sicher und eigenständig. Die permanente Anwesenheit einer Betreuungskraft regt die verbale und nonverbale Kommunikation an, die Bewohner/-innen sind lebensfroh, sie singen, unterhalten sich und lachen viel.





Die Mahlzeiten werden vor Ort zubereitet und sind dadurch besser den Bedürfnissen und den Befindlichkeiten angepasst. Beim gemeinschaftlichen Essen in ruhiger Atmosphäre konnte der Appetit gesteigert und die Gewichtszunahme positiv beeinflusst werden.

Beispiel: Früher wartete Frau G. mit dem Essen, bis alle anderen Bewohner/-innen den Raum verlassen hatten. Seit sie in der RuheOase ist, wird sie nicht mehr von den vielen Stimmen abgelenkt und fühlt sich auch nicht mehr so beobachtet, so dass sie immer öfter gleich zu essen beginnt.

Die klare und individuelle Tagesstruktur gibt insbesondere Bewohnern mit herausforderndem Verhalten Sicherheit und Orientierung. Sie werden ruhiger und zeigen kaum noch Verhaltensauffälligkeiten.

Beispiel: Frau Z. lebte vor dem Umbau in einem integrativen Wohnbereich. Da sie ständig die Tische abräumte und die anderen Bewohner/-innen anstarrte, wurde sie von ihnen beschimpft und ausgegrenzt. In ihrem Zimmer warf sie die Tische um, auch das Geschirr zerschlug sie. Das Pflegeper-



sonal war mit der Betreuung überfordert und wandte sich an den Hausarzt. Er verordnete Psychopharmaka, mit der Folge, dass Frau Z. kaum noch sprach, viel schlief und den größten Teil des Tages im Bett verbrachte. Nach ihrem Umzug in den besonderen Wohnbereich, wurde sie in die Gemeinschaft integriert. Da sie keine Ablehnung spürte, fühlte sie sich schnell geborgen und sicher. Aber sie schlief nach der Medikamentengabe ein. Der Hausarzt zögerte zunächst, die Psychopharmaka zu reduzieren, weil er davon ausging, dass Frau Z. dann nicht mehr zu lenken wäre und unter extremer Unruhe zu leiden hätte. Seine Befürchtungen bestätigten sich nach dem Absetzen der Medikamente jedoch nicht. Ganz im Gegenteil, Frau Z. nahm aktiv am Geschehen teil und begann, sehr viel zu erzählen. Sie lachte oft, wenn einem anderen Bewohner oder dem Pflegepersonal ein Missgeschick passierte. Frau Z. war zwar sehr schadenfroh, steckte aber mit ihrem Lachen alle anderen an.



Die wertschätzende Haltung der Mitarbeiter/-innen lässt ein vertrauensvolles Umfeld entstehen, in dem sich die Bewohner/-innen geborgen fühlen. Durch biografisch orientierte Themen und Tätigkeiten werden die persönlichen Ressourcen aktiviert und das Gefühl der Akzeptanz und Anerkennung wird verstärkt.



Beispiel: Frau W. liebte es ihr Leben lang, zu malen. Der Tremor und die dadurch fehlende Kraft in den Händen zwangen sie, das Malen aufzugeben. In der Betreuungsgruppe wollte sie unbedingt etwas tun, arbeiten, sich dankbar zeigen. Wir gaben ihr zum Ausmalen ein Mandalabild mit Blumen, weil sie ein naturverbundener Mensch ist. Mittlerweile schmücken über 20 von ihr gemalte Bilder den Raum, wofür sie als Anerkennung eine goldene Medaille bekam, die sie immer voller Stolz trägt und jedem zeigt. Außerdem bekommt sie einmal in der Woche einen Blumenstrauß an ihren Platz.

Bewohner/-innen mit Lauftendenzen werden ruhiger, bleiben in der Gruppe oder haben nicht mehr den Drang, aus dem Haus zu laufen.

Beispiele: Frau A. musste ständig von draußen zurückgeholt oder von Mitarbeitern und anderen Bewohnern in den Wohnbereich zurückgebracht werden, in dem sie wohnte. Während die anderen Bewohner/-innen früher schimpften: „Hier bist du falsch, du gehörst hier nicht her!“, gelang es nach und nach, bei ihnen ein Verständnis für das Verhalten von Frau A. zu wecken, weil die Mitarbeiter/-innen dieses Verhalten akzeptierten und die Begegnungen mit Frau A. im Haus ritualisierten. Seit sich Frau A. in der gesamten Einrichtung frei bewegen darf, läuft sie nicht mehr nach draußen. Sie bekommt in allen Wohnbereichen Zuwendung und Essen angeboten, da sie einen sehr hohen Energieverbrauch hat.

Frau E. lebte, bevor sie ins Heim kam, sehr zurückgezogen und hatte nur zu ihrer Familie Kontakt. Sie lief in andere Zimmer, auch nachts, und schien immer auf der Suche zu sein. Wir sprachen mit der Tochter darüber, weil wir Frau E. in die Gemeinschaft integrieren wollten, aber die Tochter lehnte es ab, denn sie dachte, das wäre nichts für ihre Mutter, sie könnte nicht mit anderen Menschen zusammen sein, die sie nicht kennt. So kam es, dass Frau E. sich immer wieder hin-



legte und tagsüber viel schlief oder unter sich machte, da sie mit der Klingel nicht umgehen konnte. Nachts entwickelte sie zum Leid der anderen Bewohner/-innen viel Energie und lief in fremde Zimmer. Es kam immer häufiger zu Beschwerden und das Team beschloss, Frau E. mit in den Tagesraum zu nehmen. Ihr gefiel es sehr gut in der Gemeinschaft, aber sie hatte auch hier den Drang zur Bewegung. Das gefiel einigen anderen Bewohnern nicht, denn sie fühlten sich vom ständigen Aufstehen gestört und befürchteten, Frau E. könnte fallen. Sie schimpften: „Nun bleiben Sie doch mal sitzen! Was laufen Sie immer umher?“ Dadurch neigten auch einige Mitarbeiter dazu, Frau E. sofort wieder hinzusetzen, sobald sie aufstand. Inzwischen validieren die Mitarbeiter die Bewohner, die sich gestört fühlen, lassen Frau E. laufen und begleiten sie bei ihren Aktivitäten. Nun können alle ihren Bewegungsdrang akzeptieren. Frau E. macht bis heute keinen Mittagsschlaf. Dafür schläft sie jetzt aber nachts und die anderen Bewohner/-innen können ohne Störung schlafen. Die Tochter ist ganz erstaunt über ihre Mutter, aber sehr zufrieden und feierte mit ihr vor Kurzem den 99. Geburtstag.

Fazit

- *Auch Bewohner/-innen ohne Demenz profitieren von der Integrativen Validation. Nicht nur im besonderen Wohnbereich, auch in den anderen Wohnbereichen erhöhte sich die gegenseitige Akzeptanz deutlich.*

4.2 Mitarbeiter/-innen

Die Mitarbeiter/-innen sind durch die Schulungen im Umgang mit den Bewohnern sicherer geworden, sie reagieren positiver in Krisensituationen und gezielt nach Befindlichkeiten. Die Bedürfnisse der Bewohner/-innen werden deutlicher wahrgenommen und Eigenaktivitäten zugelassen, das bedeutet: Die Mitarbeiter/-innen greifen nicht mehr sofort ein, sondern begleiten vermehrt. Das Erlernte kann in der Wohngruppe



stressfrei geübt werden. Durch die wertschätzende und vertrauensvolle Atmosphäre trauen sie sich, nonverbale Kommunikation, also Körpersprache, einzusetzen.

Weil die wertschätzende Haltung gelebt wird, fühlen sich die Kolleginnen und Kollegen auch untereinander verstanden, der tägliche Austausch lässt ein Wir-Gefühl entstehen. Dadurch hat sich die gesamte Atmosphäre im Haus verbessert. Die Teams entwickeln sich positiv und arbeiten häufiger zusammen. Die Bewohner/-innen werden anders wahrgenommen und die Lebensqualität ist gestiegen, weil Gefühl und Persönlichkeit jedes einzelnen Bewohners in den Vordergrund treten.

Fazit

- *Der ständige Austausch, die Reflexion über Erlebnisse und Begegnungen erleichtern die Kommunikation und den Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und stärken gleichzeitig das Team.*

4.3 Angehörige

Angehörige genießen die familiäre Atmosphäre der veränderten Betreuungssituation und verlieren ihre Ängste, weil sie ein besseres Verständnis für das Krankheitsbild Demenz entwickeln. Sie nutzen verstärkt den Kontakt zu den Mitarbeitern, lassen sich beraten und sprechen über ihre Sorgen und Nöte. Durch die ständige Präsenz geschulter Mitarbeiter/-innen erleben sie den wertschätzenden Umgang mit Demenzkranken und lernen dadurch am positiven Beispiel. Sie integrieren sich in die Gemeinschaft und werden in die Versorgung und Betreuung mit einbezogen: Sie helfen zum Beispiel beim Essenreichen oder beim Umsetzen mit. Durch die Vorbildfunktion der Betreuungskräfte fühlen sie sich bestärkt, aktiv zu werden und erhalten Hilfestellung, die ihnen bestimmte Handlungen



erleichtern. Sie wissen ihre Angehörigen gut versorgt und finden wieder Zeit, für sich selbst zu sorgen.

Die Mobilität der Bewohner/-innen ist deutlich gestiegen, so dass die Angehörigen wieder den Mut finden, auch Ausflüge und kleine Spaziergänge zu planen.



Gleichzeitig nehmen sie wahr, wie die Ruhe und Entspannung sich positiv auf die Bewohner/-innen überträgt. Ihnen fällt auf, dass der direkte Kontakt, wie beispielsweise eine Begrüßung, leichter wird. Ein Angehöriger berichtete, dass seine Mutter ihn deutlicher wahrnimmt, seitdem sie in der Betreuungsgruppe ist, und ihn wieder verbal begrüßen kann. Zuvor war die Kommunikation eher nonverbal und zeitverzögert.

Durch die gezielte Beschäftigung mit der Biografie stellen die Angehörigen fest, dass Ressourcen und Interessen wiederentdeckt werden. Die Tochter eines Bewohners erzählte von den Berufen ihres Vaters, der nicht nur Frisör, sondern auch Postbote gewesen war. Er selber erzählte wenig über sich. Seitdem er in der Betreuungsgruppe seinen Platz gefunden



hat, können wir auf seinen biografischen Hintergrund eingehen. Eines Tages saß er suchend am Schreibtisch und wir gaben ihm Briefe, Umschläge und Stempel, die er fleißig bearbeitete. Da er sich verstanden und anerkannt fühlte, konnte er sich zunehmend öffnen und erzählte leidenschaftlich und mit viel Körpereinsatz von seinem Leben.

Fazit

- *Biografische Arbeit ist ohne die Mithilfe der Angehörigen oftmals nicht möglich, aber für das Validieren ein wichtiger Bestandteil. Sie erleichtert den Zugang zu den Bewohnerinnen und Bewohnern, die sich verstanden und akzeptiert fühlen.*



Der Transferprozess wurde durch strukturelle und bauliche Abweichungen in den Transfereinrichtungen im Vergleich mit der Modelleinrichtung Haus Schwansen erschwert. Insbesondere in Haus Gettorf war es nicht möglich, eine Betreuungsgruppe innerhalb des Wohnbereichs zu integrieren. Dadurch waren die Wege sehr lang und zeitaufwendig. Das sorgte besonders bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Unmut und erschwerte Kommunikation und Absprachen. Klare Absprachen und Aufgabenverteilung sind jedoch unumgänglich, daher wurden Mitarbeiter/-innen im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) für den Transfer eingeplant. Bei der Planung des Neubaus wird darauf geachtet werden, dass die Wege so kurz wie möglich sind.

Da in der Bündelsdorfer Seniorenwohnanlage am Park der Transferprozess schon während des Umbaus begann, konnten diese Probleme bereits im Vorfeld ausgeräumt werden.

51 Bewohner/-innen

Die Auswahl der Bewohner/-innen war nicht immer unproblematisch. Einige mussten die Betreuungsgruppe wieder verlassen.

Beispiel: Frau M. wurde in ihrer Selbstständigkeit gehemmt, da sie nicht alleine auf die Toilette gehen konnte, weil sie ohne Hilfe die elektrische Tür nicht öffnen konnte. Nach einer gewissen Zeit war allen klar, dass sie die Handhabung der Technik auch nicht erlernen würde. Wir entschieden, dass für sie eine gezielte Betreuung in ihrem Wohnbereich geeigneter ist, um ihre Selbstständigkeit zu erhalten.



5 Stolpersteine bei der Umsetzung

Unklare Diagnostiken erschweren häufig die Gruppenzusammensetzung. Begleiterkrankungen wie Depression oder Schizophrenie können die Gruppensituation stark belasten. Ständiges Jammern oder lautes Weinen zum Beispiel bringen die anderen Bewohner/-innen aus der Ruhe. Eine enge Absprache mit dem zuständigen Neurologen und eine klare neurologische Diagnostik sind unumgänglich. In manchen Fällen ist es empfehlenswert, die Bewohner/-innen in einem anderen Wohnbereich unterzubringen. Werden mehrere Senioren mit herausforderndem Verhalten gleichzeitig unruhig und schaukeln sich in ihrem Verhalten gegenseitig hoch, entstehen unnötige Konflikte. Rückzugsmöglichkeiten anzubieten hat sich in solchen Fällen als hilfreich erwiesen.

52 Mitarbeiter/-innen

Einigen Mitarbeitern fiel es zunächst sehr schwer, die Integrative Validation anzuwenden, da die erlernten Handlungsweisen zunächst ungewohnt erschienen. Weil viele in relativ kurzen Zeitabständen nacheinander an verschiedenen Fortbildungen teilgenommen hatten, kam es zeitweise zu einer Vermischung der Inhalte, sodass die gezielte Anwendung erschwert wurde.

Mitarbeiter/-innen mit einer ablehnenden Grundhaltung und Misstrauen gegenüber den Veränderungen verzögerten den Transferprozess, da sie mehr Zeit brauchten, um sich auf die neuen Gegebenheiten einzustellen. Das bremste auch andere aus. Manche glaubten, das Projekt sei zeitlich begrenzt, und konnten sich deshalb nicht gleich darauf einlassen. Übermotivierte Mitarbeiter/-innen wiederum versuchten, andere mitzureißen, sie wirkten dabei schulmeisterlich und belehrend. Alle sollten sich während des Veränderungsprozesses auf Augenhöhe begegnen und kollegial beraten.



Durch die Umstellungen auf die Betreuungsgruppe wurde im Verlauf der Implementierung zunächst die meiste Energie in diesen Bereich gesteckt, damit er funktionsfähig wird. Dadurch kam in den anderen Wohnbereichen Neid auf, denn hier fehlte die Aufmerksamkeit. Es ist daher zwingend notwendig, die Mitarbeiter/-innen zu informieren und in den Prozess miteinzubeziehen. Stellen sie fest, dass ihre Ideen und Vorschläge ernst genommen werden, sind sie eher bereit, Veränderungen mitzutragen.

Ein hoher Abstimmungsbedarf und die ständige Anpassung der Qualifikationsmaßnahmen entsprechend den von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geforderten Ressourcen erwiesen sich als notwendig. Auffällig war, dass die Soft Skills neben der fachlichen Qualifikation einen sehr hohen Stellenwert haben.

Fazit

- *Für zukünftige Qualifikationsmaßnahmen ist zu empfehlen, immer ausreichend Zeit zwischen den verschiedenen Fortbildungen einzuräumen, damit das Üben erleichtert und die sichere Umsetzung gewährleistet werden kann. Maximal ein Handlungskonzept pro Jahr sollte erlernt werden!*
- *Das Konfrontieren mit Fehlern oder das Korrigieren der Handlung wird selten angenommen, sondern fördert eine ablehnende Haltung. Stattdessen ist es besser, Vorbild zu sein.*
- *Die wertschätzende Haltung ist auch im Umgang aller miteinander wichtig und hilfreich, um Konflikten vorzubeugen.*



5.3 Angehörige

Für viele Angehörige waren die Veränderungen zunächst ungewohnte Umstellungen, die Zeit brauchten. Das Verständnis dafür, dass die Bewohner/-innen in den neuen Betreuungsgruppen so sein durften, wie sie wollten, musste sich erst entwickeln. Zu Beginn des Projektes konnten einige Angehörige das Krankheitsbild Demenz noch nicht akzeptieren. Sie mussten sich etwa an die Situation gewöhnen, dass Bewohner/-innen mit den Fingern essen oder mit dem Essen spielen dürfen. Sie sollten nicht in die Situation eingreifen und die Handlung übernehmen, denn dadurch wird die Eigenständigkeit der Erkrankten gehemmt. Andere Angehörige neigten dazu, die Bewohner/-innen zu korrigieren oder zu verbessern. Die dadurch hervorgerufenen negativen Gefühle bewirkten bei den Bewohnern häufig einen Rückzug. In zahlreichen Gesprächen versuchten wir, Verständnis zu wecken und Schwierigkeiten zu minimieren.

Fazit

- *Transparenz hilft auf dem Weg zu mehr Verständnis und beugt Unsicherheiten vor.*
- *Informationsveranstaltungen für Angehörige sind deshalb besonders geeignet, um Konzepte und das Krankheitsbild Demenz zu erläutern.*



6 Resümee und Ausblick

Um für Demenzkranke ein angenehmes und entspanntes Wohnklima zu schaffen, ist es wichtig, die Wohnbereiche aufzuteilen: in geschützte für Bewohner/-innen mit Demenz und offene für alle anderen, damit diese unterschiedlichen Menschen keine Konflikte austragen, die ihnen schaden. Ergänzend sind eine gut strukturierte Angehörigenarbeit und die Mitwirkung ehrenamtlicher Mitarbeiter hilfreich.

Grundsätzlich gilt für alle beteiligten Einrichtungen: Eine gute Dementenbetreuung erfordert gut qualifizierte Mitarbeiter/-innen. Qualifizierung und Entlohnung erfordern den Einsatz von Ressourcen, nämlich Geld.

Wenn die Entscheidung, einen Versorgungs- und Betreuungsbereich für demenziell Erkrankte aufzubauen, getroffen wurde, ist es zunächst wichtig, die Mitarbeiter/-innen sorgfältig auszusuchen, die in diesem Bereich tätig werden sollen. Das Anforderungsprofil und die Auswahlkriterien sollten vor dem Auswahlprozess deutlich formuliert werden, da Soft Skills den Umgang mit dementen Menschen prägen.

Ein wesentliches Handlungskonzept für die Mitarbeiter/-innen stellt die IVA dar. Allerdings reicht hier als Qualifizierung nicht nur eine theoretische Fortbildung aus. Die wertschätzende Haltung muss auch gelebt werden! Um Kenntnisse und Haltung zu entwickeln und zu festigen, ist ein ständiger Austausch in gelenkten Arbeitsgruppen notwendig. Dadurch verbessert sich nicht zuletzt auch die Wahrnehmung der Menschen mit Demenz.

Wissen vermehrt und Haltung entwickelt sich hervorragend, wenn beides in Netzwerken weitergegeben wird. Ein solches Netzwerk ist im Rahmen des Leuchtturmprojektes TransAltern mit der Steuerungsgruppe entstanden. So konnten innerhalb



dieses Netzwerkes wesentliche und wichtige bauliche Aspekte im Rahmen der Neu- und Anbauplanung der Bündelsdorfer Seniorenwohnanlage am Park erörtert und weitergegeben werden, nicht zuletzt in mehreren gemeinsamen Workshops unter Beteiligung der Öffentlichkeit. Dieses Netzwerk gilt es auszubauen und zu entwickeln.

Daneben ist für eine gute Wissensvermittlung eine geeignete Bildungseinrichtung erforderlich, die unmittelbar die Fortbildungsbedarfe aller Beteiligten decken kann. Das Haus-Schwansen-Seminar mit seiner derzeitigen Struktur ist dafür nur bedingt geeignet, sodass über eine weitere Kooperation und Erweiterung nachgedacht wird.

Jede Einrichtung muss ihren eigenen Weg in der Versorgung, Pflege und Betreuung Demenzkranker finden, da es von Haus zu Haus unterschiedliche Rahmenbedingungen gibt. Eine Eins-zu-eins-Übertragung wird nie möglich und auch nie gewünscht sein, da es nicht darum geht, erfolgreiche Pflegeeinrichtungen zu kopieren. Manchmal müssen auch zunächst mehrere Wege ausprobiert werden, bevor der richtige gefunden wird. Während des gesamten Transferprozesses hat sich auch herausgestellt, dass Informationen und Transfers nicht nur in eine Richtung, sondern wechselseitig erfolgten. Alle Beteiligten haben Stärken, die es wert sind, weitergegeben zu werden.

Es lohnt sich in jedem Fall, sich auf den Weg zu machen!

Ausblick

Das größte Risiko, an einer Demenz zu erkranken, ist das Alter. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird in naher Zukunft deshalb der Anteil an demenziell erkrankten Menschen steigen. Auf diesen Personenkreis sollten Pflegeeinrichtungen zukünftig fokussieren. Daneben wird die Palliativ-



pflege an Bedeutung gewinnen. Alle anderen pflegebedürftigen Menschen werden langfristig mit anderen Wohn- und Betreuungskonzepten versorgt werden.



Glossar

Arbeitsgruppe: Zu den handlungsorientierten Pflegekonzepten werden Arbeitsgruppen gegründet, die sich zwischen vier- und zehnmal jährlich mit dem Ziel treffen, die Konzepte zu wiederholen, zu vertiefen und den Bezug zur Praxis herzustellen.

Arbeitsseminar: Aus der Beobachterrolle haben die Teilnehmer/-innen eine Woche lang die Gelegenheit, in täglich wechselnden Betreuungsgruppen die Arbeit mit den demenzkranken Menschen in ihrer Vielfalt praktisch zu erfassen und die organisatorischen Abläufe kennenzulernen. Vertiefend finden Gespräche mit der Heimleiterin und dem Pflegedienstleiter, den Bereichsleiterinnen oder der Beschäftigungstherapeutin statt. Das Arbeitsseminar beginnt immer mit einer Heimkonzeptvorstellung und endet mit der Reflexion der Arbeit.

Beratung: Erfahrungswissen wird auf Wunsch weitervermittelt und orientiert sich an den Gegebenheiten vor Ort. Themen sind: organisatorische Abläufe, Gestaltung des Milieus und bauliche Voraussetzungen.

Betreuungsassistenten: Sie stehen nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz § 87b SGB XI zusätzlich für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zur Verfügung und unterstützen Pflegefachkräfte bei Betreuungsaufgaben. Diese Aufgaben werden unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse einzelner Bewohner/-innen durchgeführt. Betreuungsassistenten werden nicht in der Pflege eingesetzt und nicht im Dienstplan aufgeführt.

Entwicklung der Persönlichkeit nach Erikson: Der amerikanische Psychoanalytiker unterscheidet acht aufeinander aufbauende Phasen des Lebens. Dabei bringt jede Entwicklungsphase eine Krise mit sich. Mit jeder Krise ist die



Chance zu einer positiven oder negativen Weiterentwicklung verbunden.

1. Urvertrauen versus Misstrauen

Im ersten Lebensjahr lernt der Säugling, seiner Umwelt entweder zu vertrauen oder zu misstrauen. Diese Erfahrung erwirbt er für sein ganzes Leben.

2. Autonomie versus Scham und Zweifel

Im zweiten und dritten Lebensjahr entdeckt das Kind verschiedene Fähigkeiten. Hat es die Möglichkeit, seine Fähigkeiten auszuprobieren, so entwickelt es Selbstständigkeit (=Autonomie). Wird es dagegen kritisiert und bestraft – zum Beispiel für selbstbewusstes Verhalten, das sich als Trotz äußert –, so zweifelt es an sich selbst. In dieser Zeit wird die Reinlichkeitserziehung sehr wichtig. Wird das Kind dabei von den Eltern überfordert, so entwickelt es eine Schamhaltung.

3. Initiative versus Schuldgefühl

Im vierten und fünften Lebensjahr zeigt das Kind immer mehr Eigeninitiative, zum Beispiel im Kindergarten. Eltern können diese Ablösung von zu Hause begrüßen und somit die Initiative verstärken oder durch Verbot einengen und somit Schuldgefühle erzeugen.

4. Fleiß versus Minderwertigkeitsgefühle

Im sechsten bis elften Lebensjahr interessiert sich das Kind dafür, wie die Dinge funktionieren. Erfährt sich das Kind als dumm oder störend, so entwickelt es ein Minderwertigkeitsgefühl. Diese Erfahrungen entwickelt es vor allem außerhalb des Elternhauses, etwa in der Grundschule.

5. Identitätsfindung versus Rollendiffusion

Der Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahre erfährt eine neue Welt. Er verhält sich in verschiedenen Situationen unterschiedlich und probiert neue Rollen aus. Dies verhilft ihm zur Antwort auf seine Frage, wer er eigentlich ist, trägt also zur Identitätsfindung bei. Findet er hier keine Antwort, so lernt er es nicht, seine Rolle zu finden. Er wechselt daher ständig seine Rollen oder landet in einer negativen Rolle, die von der



Gesellschaft abgelehnt wird (zum Beispiel: Rocker, Skinhead, Rechtsextreme).

6. Integrität versus Isolation

Der junge Erwachsene sucht den Kontakt zu anderen Personen, insbesondere zum anderen Geschlecht (Partnerschaft und Bindung). Daraus kann sich eine Intimität in sexueller, gefühlsmäßiger und moralischer Hinsicht entwickeln. Scheitert jedoch die Kontaktaufnahme, so wird sich der Erwachsene in die Isolation zurückziehen.

7. Schaffenskraft versus Stagnation

Im mittleren Erwachsenenalter, mit 30 bis 50 Jahren, richtet sich das Interesse über die eigene Person hinaus auf die Familie, die Gesellschaft, zukünftige Generationen. Man will sich und seine Fähigkeiten an die Nachkommen weitergeben. Erlebt man dabei die Enttäuschung, dass der eigene Beitrag bei den anderen nicht ankommt, so erfolgt ein Rückzug auf sich selbst, etwa ein Sich-Beschränken auf den rein materiellen Besitz.

8. Ich-Integrität versus Verzweiflung

Ab zirka 60 Jahren steht der Erwachsene vor einem Entwicklungsabschnitt, den er als Abstieg erlebt: Verlust der Berufstätigkeit und damit von sozialer Anerkennung, körperlicher und geistiger Abbau. Er muss sich jetzt auf den Tod hin orientieren. Hieraus kann Verzweiflung folgen, wenn das Leben insgesamt als unbefriedigend erlebt wurde. Sieht er jedoch sein Leben als erfüllt an, so empfindet er sich als Ich-Integrität: „Ich habe es geschafft, es war gut so, ich werde es weiter schaffen.“

Große Gruppe: Sie wird auch **Wintergarten** genannt und lebt von einerseits gleichmäßigem, andererseits abwechslungsreichem Programm, von der mehrmaligen Bewegung von hier nach drüben und wieder zurück. Wechselnde Betreuungspersonen bringen ihre eigenen Schwerpunkte in die ritualisierten Abläufe ein. Eine Beschäftigungstherapeutin baut verschiedene Arbeitsbereiche auf und bietet eine



Differenzierung in Untergruppen an. Die Mahlzeiten werden in unterschiedlichen Tischgruppen je nach Unterstützungsbedarf angeboten. Die Bewohner, die dort ihre Tagesstruktur erhalten, müssen die Reize, die von außen auf sie einwirken, nicht als störend empfinden. Ein gewisses Maß an räumlicher Orientierung muss vorhanden sein.

Inhouse-Schulung: Schulungen, die vom Haus-Schwansen-Seminar in anderen Einrichtungen durchgeführt werden und in denen Teams in theoretischen und praktischen Pflegekonzepten fortgebildet werden.

Insel: Schutzraum für Menschen im fortgeschrittenen Stadium der Demenz, die hier professionell gepflegt werden. Pflegekräfte haben durch den störungsarmen Raum die Möglichkeit, sich den dort lebenden Menschen besonders intensiv zuzuwenden, sie basal zu stimulieren und Wachphasen für die Ernährung zu nutzen. Durch die besondere Gestaltung der Insel wird das mutmaßliche Wohlbefinden der Bewohner/-innen gefördert. Gestik, Mimik, Haltung und Körperspannung dieser Menschen sind vorrangiges Kommunikationsmittel.

Pflegekonferenz: Sie findet systematisch einmal wöchentlich statt. Dabei werden die Leistungen der Einrichtung und die Bedürfnisse der Bewohner/-innen aufeinander abgestimmt. Es findet ein konstruktiver Austausch zwischen Angehörigen und Mitarbeitern statt. Die Ressourcen und Probleme werden den erbrachten Leistungen gegenübergestellt, Restrisiken mit Angehörigen und Betreuern abgesprochen. Durch den konstruktiven Austausch zwischen Mitarbeitern und Angehörigen beziehungsweise Betreuern tritt der Bewohner in den Vordergrund und wird in seiner Individualität gesehen. Die Auswahl richtet sich nach dem Aufnahmeverfahren, nach der Dringlichkeit und der letzten Überprüfung. Die Einladung erfolgt durch die Bezugspflegekraft oder Bereichsleitung. Alle an dem direkten Pflege- und Betreuungsprozess Beteiligten nehmen



daran teil, das sind in der Regel fünf bis zehn Personen, anschließend wird ein Protokoll erstellt.

Pflegevisite: Bei der Pflegevisite findet eine Überprüfung der Pflegequalität statt. Geplante und praktizierte Pflege werden verglichen, dabei wird der geäußerte oder vermutete Wille des Bewohners respektiert. Ist der Wille nicht erkennbar, werden Angehörige und Betreuer befragt. Sie dient dem fantasievollen und experimentierfreudigen Umgang mit dem Bewohner und seinem Umfeld im kollegialen Austausch. Die Auswahl richtet sich nach dem Aufnahmeverfahren, nach der Dringlichkeit und der letzten Überprüfung. Am Tag der Auswertung begleitet die Leitungskraft den Mitarbeiter, der morgens die Grundpflege durchführt. Das Ergebnis der Auswertung wird schriftlich festgehalten und der Bezugspflegekraft zur Bearbeitung ausgehändigt. Ein Auswertungsgespräch kann mit der jeweiligen Bezugspflegekraft nach Absprache vereinbart werden. Für die noch zu bearbeitenden Themen wird eine Terminvereinbarung getroffen. Gleichzeitig werden die Angehörigen oder Betreuer über ein Anschreiben in den Prozess mit einbezogen.

Präsenzkkräfte: Sie unterstützen die Pflegekräfte bei der Erfüllung der pflegerischen und Betreuungsaufgaben. Sie führen die anfallenden Aufgaben im hauswirtschaftlichen Bereich der Wohngruppen in Absprache mit den Pflegekräften unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse einzelner Bewohner/-innen selbstständig aus und sind in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung gemäß § 80a SGB XI in die Pflege und Betreuung integriert. Präsenzkkräfte werden im Dienstplan aufgeführt.

Praxisbegleitung: Im Pflegealltag wird die Umsetzung der Schulungsinhalte beobachtet und reflektiert. Erfahrungen werden bewertet, Empfehlungen eingearbeitet und umgesetzt.



Qualitätszirkel: In den Qualitätszirkeln arbeiten Mitarbeiter/-innen aus unterschiedlichen Bereichen. Sie beschäftigen sich mit bestimmten Problemen und suchen nach praktikablen Lösungen. Die Qualitätszirkel sind entweder dauerhaft installiert oder bearbeiten eine aktuelle Problematik.

Salutogenese: Das Wort Salutogenese (lateinisch: salus = Unverletztheit, Heil, Glück; griechisch: génesis = Entstehung) bedeutet Gesundheitsentstehung und wurde von dem israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923–1994) in den 70er-Jahren geprägt. Der Begriff ist analog zu dem Begriff Pathogenese gebildet (griechisch: páthos = Schmerz, Leid), der die Lehre der Entstehung von Krankheit bezeichnet. Als zentralen Faktor für die Gesundheit hat Antonovsky den „sense of coherence SOC“ gefunden, was in der deutschsprachigen Literatur meist mit Kohärenzgefühl übersetzt wird. Dieses setzt sich nach Antonovsky aus drei Komponenten zusammen:

- Verstehbarkeit
- Gefühl von Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit
- Handhabbarkeit

Im Salutogenese-Modell gibt es ein Kontinuum zwischen den Polen Krankheit und Gesundheit. Dabei versteht Antonovsky Gesundheit dynamisch als ständigen Entstehungsprozess. Er prägt das Bild von einem Menschen, der im Fluss des Lebens zu schwimmen hat.²¹

Wohngruppe: In der Wohngruppe gibt es zwölf Plätze. Voraussetzung für die Aufnahme in diese Gruppe ist eine vorherige Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten und Defizite mithilfe der modifizierten Cohen-Mansfield-Skala und des Mini-Mental-Status-Tests (MMST). Eine wichtige Funktion in der Wohngruppe hat die Präsenzkraft, die jederzeit als Orien-

²¹ Vgl. Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese, online unter <http://www.salutogenese-zentrum.de/cms/main/salutogenese-wissenschaft/a-antonovsky/>. Stand: 22.02.2010.



tierungshilfe für die Bewohner/-innen dient. Auch noch so kleine Restfähigkeiten und für uns nicht immer nachvollziehbare Handlungsweisen werden individuell unterstützt, gefördert und als sinnvoll betrachtet. Nach dem Normalitätsprinzip findet die Tagesstruktur in einer großen Wohnküche statt, die Zimmer liegen darum herum.



Literatur

Antonovsky, Aaron: Salutogenese. Die Ursprünge der Gesundheit. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln 1996

Antonovsky, Aaron: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVT-Verlag, Tübingen 1997

Baumgartner, Irene/Häfele, Walter/Sohm, Kuno/Schwarz, Manfred: OE-Prozesse. Die Prinzipien systemischer Organisationsentwicklung. 5. Aufl., Haupt Verlag, Bern/Stuttgart/Wien 1998

Bienstein, Christel/Fröhlich, Andreas: Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen. 2. Aufl., Kallmeyer Verlag, Seelze-Velber 2004

Bölicke, Claus: Indikatoren für Pflegequalität. In: Pflege aktuell, 57, 6, 2004, S. 342–345

Bölicke, Claus/Wittkamp, Nicol: Pflegequalität abbilden. In: Pflege aktuell, 56, 10, 2003, S. 553–554

Brieskorn-Zinke, Marianne: Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 1996,

Brinker-Meyendriesch, Elfriede (Hrsg.)/Lärm, Mechthild: Leben mit Demenz. HAUS SCHWANSEN – Konzepte und Bilder. 1. Aufl., Selbstverlag Haus Schwansen, Rieseby 2005

Brodersen, Hannes/Hansen, Else: Pflegeplanung und Pflegedokumentation im Beispiel. Vincentz Verlag, Hannover 2003



Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung: Die Ernährung Demenzkranker in stationären Einrichtungen. Praktische Erfahrungen und Empfehlungen aus der Milieuthherapie. 2. Aufl., Rieseby 2005

Erdmann, Anke: Probleme der Messung. Erklärung und Vorhersage der Versorgungs- und Pflegequalität in Heimen für Demenzkranke. Pflege- und wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Entwicklung eines Forschungsdesigns für das „Demenz-Leuchtturmprojekt TransAltern“, Teilprojekt „Versorgungs- und Pflegequalität in Haus Schwansen“. In: Pflegewissenschaft 10, 2009, S. 526–531

Fröhlich, Andreas: Basale Stimulation. Das Konzept. Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1998

Glasl, Friedrich/Lievegoed, Bernard C. J.: Dynamische Unternehmensentwicklung. Wie Pionierbetriebe und Bürokratien zu Schlanken Unternehmen werden. 2. Aufl., Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart 1993

Graber-Dünow, Michael: Milieuthapie in der stationären Altenhilfe. Brigitte Kunz Verlag, Hagen 1999

Luhmann, Niklas: Vertrauen. 4. Aufl., Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2000

Mamerow, Ruth: Projekte mit alten Menschen. Verlag Urban & Fischer, München 2003

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein: Modell der Vereinfachten Pflegeplanung und -dokumentation. Ergebnisse des Modellprojektes. Broschüre; 1.3.2005



PFLEGE.ZEIT Dokumentationssysteme GmbH: Die Anleitung. Planung und Dokumentation in der STATIONÄREN PFLEGE. 2. Aufl., Verlag PFLEGE.ZEIT Dokumentationssysteme GmbH, Gettorf 2008

Rüsing, Detlef: Herausforderung Ernährung – zwischen Kalorienzufuhr und Lebensqualität. online unter http://medizin.uni-wh.de/fileadmin/user_upload/modules/Fakultaeten/Fakultaet_fuer_Medizin/Pflegewissenschaft/Dialogzentrum_Demenz_DZ/D/Downloads/Arbeitspapiere/Umgang_und__Ernaehrung.pdf, Stand: 22.02.2010

Schein, Edgar H.: Three Cultures of Management: The Key to Organizational Learning. In: Altman, Yochanan/Bournois, Frank/Boje, David (ed.): Managerial Psychology. Vol. 2, Sage Publications, London 2008, S. 324

Was ist Kinaesthetics? In: Infoblatt 1, online unter <http://www.kinaesthetics.de/download/EKA/Infoblaetter/deutsch/Infoblatt1WasistKinaesthetics.pdf>, Stand: 11.02.2010

Alle Fotos: © Alfred Borgers und
© Brücke Rendsburg-Eckernförde e.V,

